

# Anuario

---



2016

---

Seguinos por Facebook: Fundacion MF y Profam MF



**HOSPITAL ITALIANO**  
de Buenos Aires

---

*Servicio de Medicina Familiar  
y Comunitaria*

# Índice

## Contenido

En memoria.....	14
Prólogo.....	15
<b>Medicina Familiar: Fundamentos, conceptos, paradigma</b> .....	16
La medicina familiar y sus complejidades.....	17
Carta de un médico de familia .....	18
La continuidad de los cuidados .....	19
El control anual de salud: Beneficios escasos y mucho rótulo.....	20
Tratar valores de laboratorio, una diferencia con los especialistas.....	21
Claves para formar grupos de participación comunitaria.....	22
La regla de los seis 2.....	23
En atención primaria, ¿para qué pedir más y más estudios? .....	24
¿Se discuten los errores en tu servicio?.....	25
El misterio de las enfermedades que no se comportan tan letales.....	26
<b>Prevención</b> .....	28
¿Qué estudios y tratamientos podemos obviar? .....	29
Estudios que conllevan a sobrediagnóstico y/o sobretratamiento. ....	30
El círculo vicioso del sobrediagnóstico.....	33
No pidas estudios prequirúrgicos para cirugía ocular.....	34
Un tsunami de sobrediagnóstico .....	35
¿Hay que tratar el hipotiroidismo subclínico? .....	37
El hipotiroidismo sub clínico NO se medica. ....	38
Las 5 cosas que los hematólogos eligieron no hacer. ....	39
El tratamiento del colesterol.....	40
El sedentarismo... ¡A moverse! .....	42
Actividad física para luchar contra tus genes.....	43
Rastreo de depresión en adultos .....	44
¿Cuáles son los posibles beneficios, daños, y los costos del examen periódico de salud? .....	45
Recomendaciones Fuerza de Tarea Canadiense para el Cáncer de colon .....	47

Rastreo de cáncer de colon. Estudios diagnósticos .....	48
El rastreo de cáncer de colon disminuye la mortalidad específica pero no la mortalidad total. ....	49
¿Cada cuánto se debe repetir la VCC según lo hallado en la anterior? .....	50
¿La aspirina para la prevención secundaria en pacientes con cáncer colorrectal? .....	51
Recomendación de Rastreo de Ca de pulmón de la Fuerza de Tareas Canadienses. (CTF) .....	52
¿Es tiempo de cambiar nuestro discurso con respecto a la mamografía? .....	53
¿Cuáles son los beneficios y daños del rastreo con mamografía? Por grupo etario. ....	54
Los avatares de la mamografía en dilucidar el cáncer de mama. ....	55
Más acerca del cáncer de mama: Factores de riesgo Modificables.....	56
Pre-diabetes. La epidemia que nunca existió .....	57
La pre-diabetes.....	58
Hay algunas asociaciones que proponen rastreo de deterioro cognitivo a partir de los 40 años. Mirá lo que sucede si se hace a partir de los 65 años.....	59
Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV. Parte 1: La obesidad .....	60
Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV. Parte 2: El sedentarismo .....	61
Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV. Parte 3: El tabaquismo .....	62
Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV. Parte 4: El alcohol.....	63
Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV. Parte 5: El abuso de drogas.....	64
Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV. Parte 6 .....	65
PROFAM Azul .....	66
Recomendación de AAS para prevención de enfermedades CV y cáncer colorrectal.....	67
¡No auscultes las carótidas! .....	68
El rastreo "preventivo" de la enfermedad carotidea.....	69
Recomendación de vacunación contra tétanos, difteria y pertussis en adultos (vacuna triple bacteriana acelular).....	70
Nuevo esquema de vacunación antipolio.....	71
Refrescando: Indicación Vacuna Antigripal.....	72
Vacuna Antineumocócica. ¿Cual dar? ¿A quiénes?.....	73
Vacuna contra el herpes zoster.....	74
Vacunas y convulsiones febriles.....	75
¿Cuándo vamos a dejar de tratar al hueso y comenzar a realizar programas de prevención de caídas en nuestra población?.....	76

Te acordás de esa propaganda de pedir espirometría.....	77
Rastreo con ECG a adultos. Recomendaciones de la Fuerza de Tarea Americana (USPSTF).....	78
Rastreo de Sífilis en adultos y adolescentes en riesgo. Recomendación de la Fuerza de Tarea Americana (USPSTF).....	79
Rastreo de glucemia en pacientes con sobrepeso u obesos.....	80
Rastreo de dislipemias en adultos jóvenes .....	81
¿Sirve rastrear aneurisma de aorta abdominal con ecografía? .....	82
Consejos para tus pacientes (y para nosotros también) I.....	83
Consejos para tus pacientes (y para nosotros también) II.....	84
Consejos para tus pacientes (y para nosotros) III .....	85
Consejos para tus pacientes (y para nosotros) IV .....	86
Consejos para tus pacientes (y para nosotros) V .....	87
Deporte y reducción de mortalidad .....	88
¿Cuánto previene la Vitamina D una fractura?.....	89
<b>Salud del Niño</b> .....	90
Como tiene muchos berrinches le prendo la televisión o le doy la tablet. El uso de la tecnología móvil para calmar a los niños:.....	91
Sedentarismo en niños. Datos del Reino Unido.....	92
Actividad física para niños y adolescentes .....	93
En los niños NO hay que rastrear DBT. ....	94
Adolescentes con > IMC tienen más riesgo CV .....	95
Enuresis nocturna.....	96
ERGE en lactantes.....	98
Colecho.....	100
Nuevas recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) para dormir.....	101
Giardiasis .....	102
La evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños. ....	103
Sibilancias en niños de edad preescolar. ....	104
Rastreo de obesidad en niños y adolescentes. ....	105
Leche entera.....	106
<b>Salud de la mujer</b> .....	107
¿Si tengo osteoporosis no me fracturaré más fácil?.....	108

El método madre - canguro. ....	109
¿Podés predecir quién tendrá eclampsia?.....	110
Tratamiento de la gestosis leve a moderada .....	111
Vitamina E en la embarazada.....	112
Náuseas y vómitos en la embarazada.....	113
Si tu paciente hipertensa se embaraza... Lo que necesitas saber.....	114
Uyyy se me Escapó el Diagnóstico! Embarazo ectópico. Se da en 1 de c/100 embarazos.....	116
Rotura prematura de membranas .....	118
Aprendé más sobre los receptores de cáncer de mama.....	119
Abuso sexual / violación / relación sexual de riesgo.....	120
No a la ecografía transvaginal en mujeres asintomáticas.....	122
El examen ginecológico .....	123
El tratamiento de fertilización in vitro NO aumenta el riesgo de cáncer de mama.....	124
Prolapso.....	125
Menopausia: Decisiones compartidas .....	127
Versión o Rotación cefálica externa (RCE) .....	128
Tratamiento para evitar dolor en los pezones después de lactar.....	129
Fertilización in vitro.....	130
Insuficiencia ovárica prematura.....	131
<b>Diabetes</b> .....	132
¿Cómo tenés que hacer para probar la eficacia de un nuevo medicamento para la DBT?.....	133
Hipoglucemiantes Orales en DBT 2.....	134
La metformina debe ser la primera línea del tratamiento para DBT 2.....	136
Vivir con diabetes es duro Verónica! .....	137
Si agregás una sulfonilurea a una gliptina el paciente tendrá hipoglucemia.....	138
Más del 20% de los pacientes con DBT 2 reciben tratamiento intensivo innecesario que duplica el riesgo de hipoglucemia grave. ....	139
En DBT 2, ¿Qué pacientes pueden tener un nivel de HgbA1c bajo y cuáles no?.....	140
DBT II: Metas razonables según condición del paciente anciano. ....	141
Control estricto de DBT: ¿Cuánto hay de cierto?.....	142
Personalizando la meta de HgbA1c.....	143
¿Detectás DBT? Eso, ¿previene algo? .....	144

¿Sirven los hipoglucemiantes? .....	145
¡El hemoglucó! .....	146
¿Cuál es la eficacia a largo plazo y la seguridad de dar dosis baja de aspirina para prevención primaria de eventos cardiovasculares (CV) en pacientes con DBT 2? .....	147
<b>Obesidad</b> .....	148
Panza grande, piernas finas .....	149
Reflexiones sobre la obesidad.....	150
Obesidad: Ciencia débil.....	152
Casi todo lo que se ha dicho acerca de dieta y ejercicio debe ser puesto en duda.....	153
Actualización Cirugía bariátrica.....	154
¿Qué tiene que ver hacer gimnasia con bajar de peso? .....	156
¿No bajarías un 5% de tu peso? .....	157
IMC y todas las causas de mortalidad.....	158
Obesidad y DBT. Informe de la OMS.....	159
Obesidad en niños.....	160
Obesidad: nuevos conocimientos.....	161
Obesidad e infertilidad.....	163
¿Se vuelve de la obesidad con dieta y ejercicio? .....	164
Las dietas y la obesidad.....	165
El complot de la industria azucarera para culpar a las grasas... El comienzo de la epidemia.....	167
El impuesto a las bebidas azucaradas .....	168
<b>Problemas Cardiovasculares</b> .....	169
Palpitaciones .....	170
Actualización ICC ¿Qué tratamiento indicar en la IC por disfunción sistólica y cuál en la disfunción diastólica?.....	171
Restricción de sodio en la IC: Más preguntas que respuestas.....	172
¿Se debería hacer angioplastia coronaria en pacientes con angina crónica estable? .....	173
Lo que necesitas saber .....	173
¿Cómo hacés la RCP: Continua o parás para ventilar cada 30? .....	174
Masaje Cardíaco: Antes de las Guías del 2005 y después.....	175
Probabilidad de enfermedad coronaria según forma de presentación y factores de riesgo. ....	176
Angina crónica estable .....	177

¿Se podrán dejar los $\beta$ -bloqueantes o las estatinas post IAM? .....	181
Enfermedad Arterial Periférica ¿Pedís que midan el índice T/B? .....	182
Enfermedad Arterial Periférica .....	183
Dietas y enfermedad cardiovascular .....	184
Taquicardia supraventricular. Algoritmo de manejo. ....	185
La presión arterial óptima en la estenosis aórtica asintomática .....	186
Fibrilación Auricular de reciente comienzo. Publicado entre el 2 y el 3 de septiembre.....	187
Compromiso de la coronaria izquierda: Angioplastia o By pass. ....	189
<b>Hipertensión Arterial</b> .....	190
¿Qué pasaría si te dijera que te preocupes más, que tomes más medicamentos, que hagas más visitas al médico y seas más obsesivo acerca de tu salud? Y ¿qué dirías si todo eso NO ayuda a vivir una vida más larga o mejor? .....	191
¿Qué metas de presión arterial son adecuadas en las personas con diabetes? ¡No ser muy agresivos! .....	193
HTA (1). Elección del tratamiento. ....	194
HTA Clasificación. ....	195
HTA. Qué indicar según comorbilidades. ....	196
HTA: Diagnóstico y tratamiento .....	197
Etapa 1 de la hipertensión. ¿Qué es?, ¿Cómo se trata? (De la Guía del NICE 2015) .....	199
HTA y estatinas en prevención primaria. El Estudio HOPE - 3 .....	200
Bajar la TA a personas mayores de 75 años. Conclusiones del SPRINT. ....	203
Ni mucha ni poca sal. ....	204
La urgencia hipertensiva: Sí, la que llega al consultorio asintomático y en un control le toman 180/110, ¿tiene que ir a la guardia o tratarse en ese momento o a su casa? .....	205
La urgencia hipertensiva. ....	206
¡Siempre que llego a la HTA de guardapolvo blanco (GB) me hago lío! .....	207
¿Cuál es la diferencia entre hipertensión de guardapolvo blanco y el efecto del guardapolvo blanco? .....	208
¿Cuánto bajar la TA sistólica en los pacientes DBT tipo II? .....	209
Recomendaciones sobre rastreo de trastornos de lípidos en niños y adolescentes (hasta los 20 años) .....	210
<b>Actualización en fármacos</b> .....	211
Quimioprevención oncológica. ¡Aún falta mucho! .....	212



Vitamina D.....	213
Vitamina D ¿El fin? .....	214
El omeprazol tomado en forma crónica.....	215
¿Indicás mucho el omeprazol?.....	216
¿Recetás mucho el omeprazol? .....	217
¿Tenés pacientes con $\beta$ histina? .....	218
ATB para las infecciones respiratorias agudas .....	219
ATB resistencia.....	220
Usar cursos más cortos de ATB, es preferible a una terapia más prolongada.....	221
¡Atención Quinolonas!, ¡Atención! .....	222
La polipíldora: Se reabre el debate .....	224
El paracetamol y el dolor.....	226
El paracetamol y las crisis asmáticas.....	227
Tratamiento con opioides. 5 consejos sobre su uso. ....	228
Antes de operarse del corazón tome estatinas... ¡NO! .....	229
Asociación entre tomar estatinas y producir cataratas .....	230
Estatinas... ¡Qué lío! .....	231
Estatinas. ¡Qué lío! Parte II.....	232
Tratamiento con estatinas para prevenir la aparición de eventos cardiovasculares. ....	233
¿Por qué toma estatinas? Para no tener problemas de memoria... ..	234
AINEs tópicos: Sí en manos y rodillas.....	235
¿Qué ocurriría si la real eficacia de algunos medicamentos fuese sólo ilusoria? .....	236
Efectos sobre diferentes hipoglucemiantes en DBT 2 .....	237
La glucosamina no sirve... Y como placebo es carísimo. ....	239
¡El calcio tapa las arterias! .....	240
¡Qué lástima! Los arándanos no funcionan .....	241
Equivalencias Corticoides.....	242
<b>Osteoartículomuscular</b> .....	243
Túnel carpiano: Un esquema que ayuda.....	244
Síndrome del túnel carpiano. Guía publicada.....	246
Canal estrecho.....	247
Mecanismos del dolor lumbar .....	248

Hernia discal .....	249
En lumbalgia, pedir una radiografía, TAC o RMN.....	251
Lumbalgia .....	252
Lumbalgia: Un viejo tema, un nuevo enfoque. ....	253
¡Por favor, NO se opere de la lumbalgia!.....	257
Evidencia Cochrane: AINEs locales para el dolor muscular.....	258
Siempre hielo.....	259
Infiltrando rodillas en la osteoartritis .....	260
La osteoartritis sintomática de rodilla (OA) .....	261
Síndrome patelofemoral. El tratamiento no farmacológico y su evidencia.....	262
Pie plano.....	263
Talalgia .....	264
Osteoartritis (OA) Cervical .....	265
<b>Problemas Dermatológicos</b> .....	267
Al eccema atópico, ¡Hidrátalo bien!.....	268
Rastreo Cáncer de piel. Recomendación Fuerza de tareas americana. ....	269
Acné.....	270
<b>Salud Mental</b> .....	272
¿Hasta cuándo tengo que tomar los antidepresivos? ¡Ya estoy bien!.....	273
Los antidepresivos y el efecto placebo. ....	274
Los antidepresivos y el sobretratamiento.....	275
¿Qué versión sobre la efectividad de los antidepresivos será más real? .....	276
¿Antidepresivos o Benzodiacepinas para el ataque de pánico? .....	277
Yo estoy en el DSM-5, Tú estás en el DSM-5, Nosotros estamos en el DSM-5.....	278
El modelo de la salud mental .....	279
<b>Alcoholismo - Tabaquismo</b> .....	281
Sigamos rastreando alcoholismo .....	282
El alcohol y sus efectos sobre la salud .....	283
Alcoholismo: Haciendo el diagnóstico .....	285
De tomar un poco de alcohol a ¿no tomar nada?.....	286
El alcoholismo se asocia (con buena evidencia) a 7 cánceres.....	288

Más hombres que mujeres usan y abusan del alcohol. Pero la diferencia de género se está reduciendo. ....	289
Tabaquismo. Eficacia y efectos adversos de los diferentes tratamientos .....	290
Las nuevas recomendaciones de la OMS sobre la presentación de las cajas de cigarrillos.....	291
Dejar de fumar, ¿de a poco o de un día para otro? .....	292
Dejar de fumar. ....	293
Para animar a tus pacientes a dejar de fumar. ....	294
<b>Problemas Gastrointestinales</b> .....	295
La litiasis biliar. Como siempre conducta expectante.....	296
Pancreatitis aguda.....	297
Pancreatitis: Cinco pistas falsas .....	298
No hay buena evidencia para rastrear Enfermedad Celíaca.....	299
El H Pylori tratar o no. ....	300
Nueva Guía para la prevención y el tratamiento de la diarrea aguda. Diarrea del viajero. Colegio Americano de Gastroenterología.....	301
Esófago de Barrett.....	303
Hepatograma alterado .....	304
<b>Problemas Neurológicos</b> .....	306
Ante la sospecha de TIA, 300 mg de AAS .....	307
Insomnio.....	308
¿Cuándo el insomnio agudo se convierte en insomnio crónico?.....	310
Síndrome de Meniere .....	311
Si tuvo conmoción cerebral es crítico realizar la siguiente evaluación.....	312
Parálisis de Bell: Tratamiento.....	313
Paciente con temblor .....	315
<b>Ancianos</b> .....	316
Cuestionario ZARIT: Estrés del cuidador .....	317
Ancianos y con falta de aire. ¿Es del corazón o de los pulmones? .....	318
Rastrear FA. ....	319
A mayor edad, peor es el hospital.....	320
Recomendaciones sobre actividad física en adultos.....	321
A medida que envejezco me muevo menos. Eso ya no es para mí... Léé esto!.....	322

Déficit de memoria: Mitos y Verdades .....	324
¿Qué aconsejar a los cuidadores de un paciente con deterioro cognitivo? .....	325
La demencia pasó a las enfermedades CV .....	327
<b>Problemas urogenitales</b> .....	328
Hematuria y cáncer de la vía urinaria .....	329
Infecciones del tracto urinario en hombres mayores .....	330
ITU en hombres.....	332
Interpretación del episodio según recuento de colonias, síntomas y sedimento urinario. ....	333
Disfunción sexual eréctil .....	334
Vigilancia activa en los pacientes ya diagnosticados de Cáncer de próstata.....	336
¿En cuál de las siguientes condiciones esperarás que se produzca un aumento SIGNIFICATIVO del antígeno prostático específico (PSA)?.....	337
Manejo de litiasis renal. ¿Qué pedir? ¿Qué indicar? .....	338
La creación de una enfermedad.....	339
<b>Paciente con cáncer / Paciente terminal</b> .....	341
El seguimiento oncológico... Para saber! .....	342
La edad y el cáncer. ....	344
¿Qué pasa con las personas que superan el cáncer y se curan? .....	345
Una buena muerte es una prioridad médica .....	346
<b>Problemas respiratorios y ORL</b> .....	347
Rastreo de Apneas obstructivas del Sueño (AOS) USPSTF: Recomendación I.....	348
¿El CPAP está sobredimensionado? .....	349
Tengo un zumbido.....	351
Sinusitis Aguda .....	353
Sinusitis Crónica .....	354
Tos crónica .....	355
<b>Misceláneas</b> .....	356
Problema I .....	357
Problema II .....	359
Problema III .....	361
Problema IV .....	362
Los médicos ante la queja de cansancio de los pacientes .....	363

¿Pensaste en TBC? .....	364
TBC latente: A quienes rastrear. ....	365
¿De qué manera las grasas saturadas afectan a nuestra salud? La verdad a medias .....	366
Hipotensión ortostática.....	367
Ferritina (¡Cortito y al pie!) .....	368
¡Para embarazadas o viajeros! .....	369
Zika: La verdadera epidemia .....	370
Guía Dengue .....	371
En las hernias, ¡si tenés dudas no pidas ecografía!.....	372
Serie: Querido paciente.....	373
Serie: Querido paciente.....	374

## En memoria

---

Mario fue un muy buen médico, reconocido por sus colegas, y pacientes. Terminó su carrera convirtiéndose en un verdadero caudillo de la Medicina Familiar y General.

De ese montón de virtudes, no puedo agregar nada que no conozcan.

Pero además de toda la actividad médica que compartimos, los gustos musicales nos unieron fuertemente.

En esas coincidencias guardo muchísimos recuerdos.

Mario también era músico, de guitarra y bombo, y tuvo la inteligencia de usar ese "oído" para escuchar las diferentes melodías de la medicina familiar del país, trató de armonizar, y llevarnos con su ritmo, a su ideal de unidad.

Siempre agradeceré tu esfuerzo por el crecimiento de esta especialidad.

¡Hasta siempre amigo!



**Dr Mario Acuña**

Dr Diego Terceiro

*Esta poesía viene a buscarte y además...*

*Dale gracias por estar cerca de ti.*

*Este ensueño es un silbido más en el viento y un guerrero no detiene jamás su marcha.*

L.A.S.

## Prólogo

---

*Termina el año. Es inevitable no caer en la tentación de hacer balances y mirar hacia adelante. Nos queda un 2016 colmado de encuentros virtuales y reales. Todos intensos. La Comunidad virtual construida está llena de energía y empuje. No somos un grupo homogéneo. Y eso es fantástico. Somos diversos y singulares. Pero algo nos une y nos enlaza. La pasión por la medicina familiar, por el cuidado de las personas, las familias y las comunidades. Nos atraviesa una mirada crítica sobre lo establecido. Y nos llena de placer compartir el conocimiento y debatir respetuosamente. Disfrutamos con cada contenido que compartimos día tras día y nos enriquecemos con todos los comentarios y aportes. Levanto una copa y brindo por todos nosotros. Por nuestras familias y amigos. Por nuestros pacientes. Y porque nuestra especialidad ocupe el lugar que merece y que se merecen los habitantes de nuestros países. Salud!*



**Dra Karin Kopitowski**

Jefa del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria

Hospital Italiano de Buenos Aires

## Medicina Familiar: Fundamentos, conceptos, paradigma

---



## **La medicina familiar y sus complejidades**

**Publicado el 1 de abril**

Entrevista a la Dra Karin Kopitowski

Jefa del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria

<https://www.youtube.com/watch?v=6Fbc932sAUY>

## Carta de un médico de familia

Publicado el 8 de julio

Tengo un paciente al que siempre le pasan cosas raras. Hoy me comentó que estuvo mal de la panza durante varios meses y que un día fue a su casa un amigo del campo y le preguntó de dónde tomaba el agua; él le dijo de la canilla, el amigo le preguntó hacía cuánto que no limpiaba el tanque de agua y él le dijo que no sabía. Mi paciente limpió el tanque de agua, comenzó a tomar agua de bidones y se curó. Se puso a investigar sobre el tema y me dijo que el 40% de los habitantes de Buenos Aires consumimos agua contaminada y que eso es algo que los médicos deberíamos informarle a la población. Después se fue a hablar a Aguas Argentinas y le dijeron que los controles que se hacen indican que el nivel de bacterias es el adecuado, pero él no les cree. ¿Qué puedo hacer para que la gente se entere?, me preguntó. Yo le dije que podía hacer muchas cosas: poner un aviso en el diario, twitear, publicar en Facebook, mandar miles de mails, hablar con un periodista, o mejor, hacerse periodista y pasar a formar parte de la profesión ideal para asustar a la gente (el periodismo), aunque lo mejor sería poner una empresa de filtros de agua, o una empresa de limpieza de tanques de agua, o una empresa de bidones. El paciente se rió y me preguntó si yo le creía lo de su panza. Por supuesto que le creo, le dije, usted se curó dejando de tomar el agua de la canilla, ¿qué mayor prueba tenemos para creerle? ¿Y entonces por qué no le avisa a todos sus pacientes de esto? Porque creo que a usted lo ayudó dejar de tomar agua de la canilla, pero no sé si eso le va a servir a todos mis pacientes, y si les digo algo que no sé si les va a servir los voy a asustar sin sentido, además fue usted el que tenía dolor de panza, la mayoría de mis pacientes están bien de la panza, le dije. Se quedó pensando y me dijo que estaba muy preocupado por lo que pasaba en el mundo, que había estado recientemente en el aeropuerto de Bélgica (hace tres días hubo allí un atentado terrorista en el que murieron treinta personas) y que él no lo puede creer, que ocurrió eso en el mismo lugar donde él estuvo. Yo le dije que ayer murió un paciente que esperaba ver al médico en la misma sala de espera en la que él estuvo esperándome y que en marzo estuve en Santiago de Chile y paseé por el mismo lugar donde hace unos años hubo un terremoto donde murieron muchas personas, que así es la vida. Me miró y se rió. Después le tomé la presión, estaba normal y se lo dije y él me dijo que no creía en la presión porque es imposible saber cómo está la presión en cada momento de la vida.

## La continuidad de los cuidados

Publicado el 12 de Enero 2016

La evidencia es clara; se asocia con:

- Servicios de atención preventiva y crónica más eficientes.
- Satisfacción del paciente y el médico.
- Menor utilización del hospital.
- Menores costos.
- Para los pacientes de edad avanzada mortalidad más baja.

La continuidad de la atención

1. Es más importante para algunos pacientes: Aquellos con condiciones a largo plazo, con problemas de salud mental, multimorbilidad y condiciones más a corto plazo como cáncer y en etapas terminales.
2. Hace que los cuidados se centren en la persona, porque conocer a un paciente toma tiempo.
3. Es más eficiente porque se dedica menos tiempo a volver a repetir una historia clínica o tratar de leer nuevamente todo.
4. Es más segura desde que la población consulta y se pueden programar medidas de prevención.

Si hay muchos médicos que

- a. **no están a tiempo completo** (¡bien pagos por supuesto!)
- b. o en pocos años terminan haciendo flebología, o acupuntura (justamente porque ganan más).

La gente

- a. No tendrá acceso a ese médico que tanto lo conocía y empieza a ir a la guardia por un resfrío porque el médico no está.
- b. Comienza a invadir los hospitales.
- c. Adopta medidas que cree correctas: Consulta al cardiólogo por la presión, al gerontólogo porque se olvida, al gastroenterólogo por dispepsia, etc.

Resultado: **La continuidad se pierde...**

## El control anual de salud: Beneficios escasos y mucho rótulo.

Publicado el 10 de mayo

La verdad es que muchos trabajos prueban que el chequeo anual **no demostró grandes beneficios** y muchos “descubrimientos” de nuevos problemas de salud en nuestra población que sirve para rotular y comenzar una cascada diagnóstica y terapéutica poco útil. Esta conducta más que volcarse en medidas de cambios de hábitos se tornan en acciones farmacológicas sobreestimadas de efectividad que pueden durar toda la vida.

Se acaban de publicar nuevos datos del Programa inglés de Control de Salud Anual (1) fomentado por el NHS (National Health System).

Existe una modesta reducción en el riesgo absoluto de sufrir enfermedad cardiovascular con los controles anuales (-0.21%, 95% intervalo de confianza [IC] -0.24% a -0.19%).

Esto implica que evita un evento CV por c/ 4.762 personas que asiste a un chequeo de salud en un año.

En cuanto a los factores de riesgo individuales:

→ TA sistólica descendió -2.51 mm Hg, IC 95% -2.77 a -2,25 mm Hg

→ TA diastólica descendió -1.46 mm Hg, IC 95% -1.62 a -1,29 mm Hg

→ IMC descendió -0.27, IC 95% -0.34 a -0.20

→ Colesterol total -57 mg%; IC 95%: -0,68 a -0,49 mg%.

Las estatinas se recetaron en el 39,9% de las personas que estaban en alto riesgo de enfermedad cardiovascular.

El programa resultó en una significativa cantidad de más diagnósticos de enfermedades cardiovasculares:

\* La HTA aumentó 2,99% y

\* La DBT 2 aumentó 1,31%.

<http://www.cmaj.ca/content/early/2016/05/02/cmaj.151201>

## Tratar valores de laboratorio, una diferencia con los especialistas.

Publicado el 19 de julio

Un factor de riesgo es aquél que al modificarlo produce un beneficio, de lo contrario es un medicamento que disminuye un dato de laboratorio.

Un ejemplo es el del ácido nicotínico de acción prolongada (o niacina), fue una droga exitosa durante muchos años,

surgido en una época en la que la simple suposición de que modificar los perfiles de lípidos era equivalente a la reducción de los riesgos de enfermedad cardiovascular aún desconociendo el mecanismo de acción del fármaco.

Este enfoque tiene actualidad como lo demuestra la reciente aprobación del PCSK9 antes de la finalización del resultado definitivo de los ensayos de fase 3.

La Niacina de acción prolongada fue uno de los primeros fármacos que se incluyeron en estudios coronarios, en 1966, los resultados nunca fueron muy buenos.

A los 5 a 8 años de seguimiento, la niacina no había mejorado la mortalidad, el punto final primario. Las tasas de mortalidad a los 5 años fueron 21,2% para la niacina y el 20,9% para el placebo. Las tasas de mortalidad a causa de enfermedades coronarias también estaban cerca y no significativamente diferente: 15,9% para niacina y el 16,2% para el placebo.

El grupo niacina tuvo un menor riesgo de infarto de miocardio no fatal, que era uno de los criterios secundarios. También debe tenerse en cuenta que debido a los efectos secundarios de la droga, los investigadores reconocieron que el grupo niacina era esencialmente no ciego que podría haber introducido sesgo.

Por supuesto que la droga se convirtió en un boom comercial. Entre 2002 y 2009, el uso de niacina en los Estados Unidos aumentó un 191,2%, alcanzando 696000 recetas por mes en diciembre de 2009.

Más recientemente, 2 grandes ensayos clínicos evaluaron el efecto de la niacina, ambos mostraron efectos negativos: El estudio AIM-HIGH. (Intervención en el síndrome metabólico) patrocinado por el Instituto Nacional de Salud, estudió a 3414 pacientes con enfermedad CV aterosclerótica establecida, HDL-c bajo y triglicéridos elevados.

Los investigadores no encontraron beneficio clínico alguno.

El HPS2 (Heart Protection Study 2) fue patrocinado por Merck, evaluó niacina de acción prolongada + laropiprant (que disminuye los efectos secundarios de la niacina y mejora la adherencia) en 25.673 pacientes de alto riesgo. Una vez más, la niacina no pudo producir un beneficio clínico y se asoció con un exceso de DBT, infecciones, efectos gastrointestinales y sangrado.

El impulso de muchos profesionales sigue siendo tratar valores de laboratorio, esa es una conducta propia de los especialistas que corrigen el calcio, la vitamina D, etc.

Los médicos de familia debemos ser distintos, la tendencia actual es consensuar con los pacientes, darles estatinas a aquellos que tengan más del 10% de riesgo CV (por tablas) y a los que han tenido un evento cv: IAM, ACV.

## Claves para formar grupos de participación comunitaria

Publicado el 2 de abril

Los grupos de participación de los pacientes comenzaron a surgir desde hace casi 40 años.

Están bien establecidas en muchos problemas de salud.

Al menos 2/3 de todas las prácticas en el mundo tienen grupos de pacientes.

### Funciones

- Dar y recibir asesoramiento sobre el problema de salud por el que se forma el grupo.
- Reunir y revisar las opiniones de otros pacientes.
- Asistir en la planificación y evaluación de actividades de promoción
- Participar en la investigación.
- Proporcionar un vínculo con otras iniciativas en la comunidad local.
- Generar apoyo para las prácticas: Recursos financieros, material impreso, locación, etc.
- Prestación de servicios voluntarios a los pacientes.

Los grupos siempre deben obtener una retroalimentación de su población en relación a la práctica, cotejar puntos de vista de los pacientes por medio de encuestas, acordar planes de acción, y dar a conocer cualquier acción que termine en alcanzar logros en relación a ese problema.

### Alcance de logros

Hay incertidumbre acerca de los logros obtenidos y existe poca investigación sobre los mismos.

Una búsqueda bibliográfica en PubMed brinda sólo 35 citas relevantes. La mayoría de los artículos son ejemplos descriptivos de prácticas sobre cómo dirigir un grupo. Sólo en 11 citas existe una investigación empírica, y poco se ha publicado recientemente.

### Dificultades

Muchas veces no existe una planificación de funciones acordadas desde el estado lo que significa que las atribuciones de los grupos varían mucho.

Esta diversidad hace que sea más difícil de evaluar el impacto de esta acción.

Varios estudios han identificado desafíos prácticos en establecer y sostener grupos:

#### Dificultades de continuidad

Dificultades de alcance del mensaje: Muchas veces la gente a la que les llega el mensaje no es representativa de la población de pacientes en términos de edad y origen étnico al que tendrían que ir dirigidas las acciones.

Un estudio demuestra que la asistencia y la llegada del mensaje fue significativamente menor entre los hombres, los pacientes más jóvenes y los de clases sociales bajas.

Muchas veces la queja pasa por una mala asignación de responsabilidades, falta de capacitación o falta de un rol más claramente definido.

#### Algo que ayuda

Ciertos factores son importantes determinantes del éxito: un fuerte liderazgo y el apoyo de todo el equipo de trabajo.

Diferentes estrategias, como la formación de grupos de intereses más representativos también puede ayudar.

En resumen, la investigación (limitada) sugiere que los grupos necesitan metas más claras, incentivos, recursos, capacitación y apoyo para cumplir o extender sus funciones actuales.

BMJ 2016;352:i673

## La regla de los seis 2

Publicado el 28 de agosto

### La regla de los seis 2

1. Tomar 2 minutos	Reflexioná sobre lo que está escrito en la historia clínica.
2. Tomar 2 minutos	Relajate y conectate con el paciente.
3. Priorizá 2 problemas	Para compartir decisiones
4. 2 indicaciones	Leer en voz alta 2 indicaciones, mientras se las escribís.
5. 2 lavados de manos	Antes y después de cada paciente.
6. 2 ítems	Anotate 2 temas para leer y repasar de las consultas que hiciste hoy.

## En atención primaria, ¿para qué pedir más y más estudios?

Publicado el 1 de octubre

- A veces uno mejora de todas maneras.  
ej. Cuadros respiratorios.
- Lo nuevo no siempre es mejor.  
ej. La cápsula endoscópica.
- Los estudios dudosos pueden ser perjudiciales.  
ej. PSA
- Más no es necesariamente mejor.  
ej. PAP y colpo
- Más temprano no es necesariamente mejor.  
ej. Mamografía antes de los 50 años o colonoscopías antes de los 50 años.
- A veces simplemente basta con recitarlo.  
En medicina familiar aprender a manejar la incertidumbre que trae la consulta de un paciente con síntomas inespecíficos es una tarea diaria y está bueno ser honesto y decirle: “No estoy seguro pero venite en una semana que quiero volver a verte”.



## ¿Se discuten los errores en tu servicio?

Publicado el 1 de Febrero 2016

¿Qué cosas te pueden servir ante un error?

Un reciente estudio (1) hizo estas mismas preguntas.

Aunque las instituciones de salud están reconociendo cada vez más al médico como la "segunda víctima" del error médico, se necesita más atención para reformular el error en un evento post aprendizaje positivo, en lugar de algo para hacer frente y sobrellevar.

Los autores del estudio pasaron tres años realizando entrevistas con médicos que se ofrecieron voluntariamente para hablar de sus más graves errores médicos e identificaron temas claves acerca de aquello que los ayudó a hacer frente a esos errores y avanzar en sus carreras.

A tener en cuenta:

□ **"Poder hablar de ello"**, la mayoría sentía que tener a alguien que pudiera comprender la experiencia en un contexto clínico era muy útil. Alguien que lo escuche sin tratar de minimizar la gravedad del error, rechazar las emociones asociadas o "resolver el error", no ofreciendo consejos bien intencionados sino que el médico involucrado pueda expresar los sentimientos, se sienta escuchada, reconociendo la gravedad de la situación y que lo ayude a poner las cosas en perspectiva.

□ **Perdón.** Algunos médicos tomaron su tiempo para perdonarse a sí mismos después de cometer un error, un proceso que requiere la auto-aceptación y el conocimiento.

□ **Tener un contexto moral les ayudó a "hacer lo correcto"**.

En el estudio, los médicos entrevistados dijeron tener estándares morales tales como códigos de conducta profesional, enseñanzas espirituales o un fuerte sentido de ayuda al paciente como para hacer lo correcto, después de haber cometido un error médico.

□ **Aprender a manejarse con la imperfección.**

□ **Admitir la vulnerabilidad entre sus pares.** El hablar con otros colegas también ayuda a darse cuenta que otros muy buenos médicos han cometido errores.

□ **Convertirse en un experto en sus errores.** Para muchos médicos, cometer un error llevó a convertirse en un experto en el conocimiento o la deficiencia técnica que provocó el error.

□ **La prevención de errores recurrentes y mejorar el trabajo en equipo.**

Investigar los errores e identificar cómo evitarlos en el futuro, teniendo en cuenta la importancia de trabajar a través de equipos de atención para hacer frente a los errores y evitar que se repitan.

□ **Ayudar a los demás y enseñar al respecto.**

El proceso de recuperación y el crecimiento a raíz de un error médico requiere años. Mantener discusiones sobre los errores médicos o simplemente hablar de sus errores para enseñar a otros cómo prevenirlos.

(1) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26352764>

## El misterio de las enfermedades que no se comportan tan letales.

Publicado el 10 de julio

Algunas cosas extrañas están ocurriendo en la medicina.

La mayoría de la gente vive más y esto es independiente de las acciones de salud. Ahora, las principales enfermedades, como el cáncer de colon, demencia y la enfermedad cardíaca, están disminuyendo en los países ricos, y aquí tampoco la mejora del diagnóstico y el tratamiento no puede explicar completamente el fenómeno.

Por supuesto que hay varias e interesantes explicaciones y muy convincentes por cierto. El desafío es averiguar cuál de estas hipótesis podría ser correcta.

Aclaremos que estas enfermedades están lejos de irse y todavía causan un enorme sufrimiento y matan a millones de personas cada año. Las principales causas de muerte siguen siendo: cáncer, enfermedad cardíacas, ACV, pero ocurren en décadas cada vez más tardías de la vida, y la gente en general está viviendo más tiempo en buen estado de salud.

Parece como si las personas en países ricos, de forma inesperada, empiezan a tener menos enfermedades de las llamadas del envejecimiento.

El cáncer de colon es el último enigma. Mientras que la tasa de muerte por cáncer en general ha ido disminuyendo desde principios de los 90, la caída de las muertes por cáncer de colon es especialmente desconcertante: La tasa se ha reducido casi un 50% desde su pico en la década del '80. (1)

¿El rastreo no influye en todo esto?

Es sólo una parte de la respuesta.

La magnitud de los cambios por sí solo sugiere que deben estar otros factores involucrados.

Ningún estudio muestra que el efecto del aumento de la detección del cá de colon haya producido una reducción del 50% de la mortalidad. Tampoco ocurre lo mismo como consecuencia del rastreo de otros cánceres.

Luego están las fracturas de cadera, cuyas tasas han ido disminuyendo en un 15 a 20% en los últimos 30 años. A pesar de que el cambio se produjo cuando existían medicamentos para retardar la pérdida de hueso en personas con osteoporosis, muy pocas pacientes (menos del 10%) de las mujeres mayores de 65 años toman los medicamentos.

Las tasas de demencia, también, han disminuido. Datos de los Estados Unidos y Europa encuentra una disminución del 20% en la incidencia de la demencia por década, comenzando en 1977.

Un estudio reciente de Estados Unidos, por ejemplo, informa que la incidencia entre las personas mayores de 60 años fue de 3,6/ 100 personas mayores de 60 años en 1986-1991, y en 2004-2008 se había reducido a 2.0 por cada 100 mayores de 60 años. Con más de edad avanzada en la población todos los años, puede haber más casos en total, pero la probabilidad de que un individuo tenga demencia ha sido más baja.

Hay razones que pueden explicarlo. ACV pequeños y los F de R CV pueden causar demencia. Así que el mejor control de los niveles de presión arterial y colesterol debe tener un efecto. Una mejor educación también se ha relacionado con un menor riesgo de Alzheimer, aunque no se sabe por qué. La explicación completa de las tasas decrecientes es una incógnita. Y el futuro de esta tendencia sigue siendo desconocida.

Por ej, las tasas de mortalidad de la enfermedad cardíaca ha ido disminuyendo desde hace más de medio siglo y prácticamente ya no es noticia. La noticia ahora es que esta disminución parece haberse enlentecido recientemente, aunque todavía se está cayendo. Si bien la enfermedad cardíaca sigue siendo la principal causa de muerte ha caído 60% desde su valor máximo.

Los sospechosos de siempre:

Un mejor tratamiento, una mejor prevención, las estatinas y fármacos para la presión arterial, y

fumar menos, por supuesto, ayudan a impulsar la tendencia. Pero ellos no explican todo. El aumento y disminución de las enfermedades siempre ha sucedido y siguen siendo misterios. A finales de la década del '30, el cáncer de estómago era la causa principal de muertes por cáncer. Ahora sólo representa el 1,8% de las muertes por cáncer en América. En el siglo 19, los expertos trataron de explicar porqué la TBC fue tan letal. A comienzos del siglo 20, los hospitales tenían áreas específicas para TBC y aún antes del eventual desarrollo de fármacos eficaces, la tuberculosis comenzó a desaparecer mientras emergían las enfermedades cardíacas. Incluso la tasa de "mortalidad por cualquier causa", que agrupa enfermedades crónicas, está cayendo. Cada una de esas enfermedades en cuestión está relacionada con el envejecimiento y quizás el comportamiento intracelular del envejecimiento esté jugando "a favor nuestro".

(1) <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1600448>

(2) <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1504327...>

## Prevención

---

## ¿Qué estudios y tratamientos podemos obviar?

Publicado el 20 de septiembre

### ¿Qué estudios y tratamientos podemos obviar?

- Rx y RMN son innecesarias en la lumbalgia
- Deberían considerarse cuidadosamente riesgos y beneficios de la quimio terapia en cáncer incurable.
- El monitoreo con hemoglucotest no es usualmente necesario en los pacientes con DBT 2
- Con pacientes terminales y muy frágiles debería ser considerado cuidadosamente continuar con tratamientos de largo plazo.
  - Para la mayoría de las personas que toman prazoles, es mejor suspenderlos por efectos adversos importantes.
- La anemia por déficit de hierro, no requiere transfusiones a menos que la Hgb sea menor de 7 g%



CHOOSING  
WISELY  
WALES



DEWIS  
DOETH  
CYMRU

## **Estudios que conllevan a sobrediagnóstico y/o sobretratamiento.**

Publicado entre el 26 y el 27 de septiembre

El JAMA acaba de publicar los estudios innecesarios de lo publicado en 2015 \*

### **1. El uso excesivo de estudios y derivaciones en cefalea.**

La cefalea es prevalente, casi el 15% de los adultos sufrieron dolor de cabeza en los últimos 3 meses.

Casi todos los dolores de cabeza son benignos.

Se recomiendan seguir criterios clínicos para identificar al pequeño subgrupo de pacientes con cefalea aguda que requerirá una imagen o deberán ver al especialista.

El Colegio Americano de Radiología recomienda en contra de realizar imágenes en pacientes con cefaleas sin complicaciones.

#### Resultados

Un estudio de cohorte retrospectivo de 9362 pacientes utiliza datos representativos de los Estados Unidos 1999-2010 de la Encuesta Nacional de Atención Médica Ambulatoria y el Servicio de Atención Médica Ambulatoria de hospitales nacionales.

El estudio encontró que el uso de TAC o RMN casi se duplicó en el tiempo: el 6,7% de los pacientes recibió uno de los estudios en el período 1999-2000 en comparación con 13,9% en el período 2009-2010 ( $P < 0,001$ ).

Hubo un aumento similar en las derivaciones a la especialidad (6,9% a 13,2%,  $p = .01$ ).

La frecuencia de la consejería de modificación del estilo de vida se redujo con el tiempo de 23,5% en el período 1999-2000 a 18,5% en el período 2009-2010 ( $P = 0,04$ ), mientras que el uso de los opiáceos se mantuvo constante.

### **2. Hospitalización innecesaria en pacientes de bajo riesgo que tuvieron un síncope se asoció con estudios innecesarios y daño.**

Un estudio de revisión evaluó estudios retrospectivos en 72 pacientes hospitalizados en un único centro médico académico con diagnóstico de síncope de bajo riesgo, una condición por la cual las guías no recomiendan hospitalización.

Estas internaciones representaron el 34% de todos los que consultaron por síncope.

Los pacientes con síncope de bajo riesgo recibieron una media de 10,8 estudios, que incluyen TAC de cerebro (88%), RMN de cerebro (19%), ecocardiografía (64%), monitoreo de telemetría (93%), y pruebas múltiples de laboratorio. 9 pacientes (13%) presentaron eventos adversos durante la hospitalización. Cerca de un tercio de los pacientes tenían hallazgos incidentales, lo que lleva, en la mayoría de los casos, a recomendaciones o evaluaciones adicionales. Pocos pacientes (7%) tenían hallazgos incidentales con el potencial de dar lugar a un beneficio clínico.

### **3. Colonoscopia a intervalos más cortos de los recomendados**

#### Resultados

Un estudio retrospectivo evaluó el seguimiento de 1.455 pacientes sin antecedentes de cáncer que se sometieron a colonoscopias. En comparación con otros sitios, el intervalo de seguimiento fue más corto de lo recomendado (10 años) en un tercio (34%) de los pacientes. Teniendo en cuenta los daños potenciales asociados con la colonoscopia y la importancia de mejorar el acceso a la detección de un gran número de pacientes no controlados, el uso excesivo de la colonoscopia es un problema de salud pública.

#### **4. Tratamiento anticoagulante innecesario para pacientes jóvenes sin cardiopatía.**

El puntaje CHADS2 y CHA2DS2-VASc proporcionan una guía para saber a qué pacientes con fibrilación auricular anticoagular para prevenir tromboembolismo. Las guías establecen que es razonable evitar la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular sin valvulopatía y sin ningún factor de riesgo para ACV (es decir, una puntuación de 0).

Un estudio analizó el registro de más de 10.000 pacientes menores de 60 años con FA y sin cardiopatía estructural.

Estos pacientes fueron divididos en 2 cohortes, una con una puntuación CHADS2 de 0, el otro con una puntuación del CHADS2DS2-VASc también de 0.

En las 2 cohortes, 2561 pacientes CHADS2 (23,3%) y 1787 pacientes CHADS2DS2-VASc (26,6%) fueron indicados un anticoagulante oral sin necesidad.

En los pacientes con fibrilación auricular y una puntuación CHADS2 o CHA2DS2-VASc de 0, estos medicamentos deben ser evitados. Los riesgos de hemorragia son mayores que los beneficios potenciales.

#### **5. Inapropiado reemplazo de testosterona**

Las indicaciones de testosterona se han incrementado sustancialmente en la última década (casi el 4% de los hombres de 60 años). La T está asociada con un mayor riesgo de enfermedad CV. Las guías recomiendan en contra de dar andrógenos en pacientes con hematocrito elevado o niveles altos de PSA sin una evaluación adicional.

De 111 631 hombres en el Estudio de los Veteranos que recibieron testosterona entre 2009 y 2012, sólo el 5,4% tuvo diagnóstico de deficiencia de andrógenos establecido por 2 mediciones secuenciales matinales. 16,5% no se les midió; más del 15% no tenían medido el hematocrito basal, y el 24% no tenía un nivel basal de PSA. Casi el 13% de los pacientes tuvieron una contraindicación relativa (apnea obstructiva del sueño, hematocrito > 50%, PSA > 4,0 ng/dl), y el 1,4% tenían cáncer de próstata, que es una contraindicación absoluta.

#### **6. Excesivo control glucémico en adultos mayores con DBT**

Para muchos adultos mayores con DBT, los intentos de lograr un control intensivo de la glucemia dará lugar a daño neto como hipoglucemia. En la Encuesta Nacional de Salud en Estados Unidos 1288 adultos de 65 años o más (edad media, 73,2 años) con DBT, el 61,5% tenían un nivel de hemoglobina A1c inferior al 7%.

De estos pacientes, el 54,9% fueron tratados ya sea con insulina o sulfonilureas, y el 4,0% recibió ambos. Entre los adultos de edad avanzada con un estado de salud complejo o intermedio y salud muy complejo a mala, 63,0% y 56,4%, respectivamente, tuvieron niveles de hgb A1c < a 7%, y 44,9% y 37,9%, respectivamente, tenían niveles inferiores a 6,5%. La proporción de adultos mayores con niveles de hemoglobina A1c inferior al 7% se mantuvo estable.

#### **7. Seguir nódulos tiroideos benignos**

Los nódulos tiroideos están presentes en hasta 2/3 de la población. A pesar de la creciente conciencia de que el cáncer de tiroides se diagnostica en exceso y se sobretrata, y la escasez de pruebas para informar la práctica, las guías de práctica clínica siguen recomendando de rutina ecografía para el seguimiento de la mayoría de nódulos.

Un estudio prospectivo evaluó 992 pacientes con nódulos tiroideos benignos de hasta 4 cm de diámetro. Más de 5 años, el 88,3% de los pacientes NO tuvo cambios en el número de nódulos, y el 69% no tuvo ningún cambio en el tamaño del nódulo. 7 pacientes (0,7%) fueron diagnosticados

con cáncer de tiroides, entre los cuales 3 tenían formación de nódulos, y 3 tenían un tamaño de nódulo estable; un caso fue descubierto accidentalmente durante una tiroidectomía no relacionada.

Es poco probable que los nódulos tiroideos benignos cambien durante la vigilancia de más de 5 años, y el diagnóstico del cáncer de tiroides es muy raro. Las pruebas de seguimiento de rutina rara vez afectan la atención y deben ser cuestionados por los clínicos individuales y reexaminado por las organizaciones que emiten directrices.

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx...>



## El círculo vicioso del sobrediagnóstico.

Publicado el 22 de septiembre

### El círculo vicioso del sobrediagnóstico



*BMJ 2015. 351 h 4534 Morgan, D*

## No pidas estudios prequirúrgicos para cirugía ocular

Publicado el 6 de Enero 2016

Ya hay recomendaciones que avalan no pedir pruebas preoperatorias en general excepto en casos específicos. Para los pacientes programados de cirugía ocular NO se necesitan pruebas médicas a menos que la historia o el examen físico sugieran lo contrario.

Estas **excepciones** son:

- **Electrocardiograma**: Debe ser indicado si los **pacientes tienen enfermedad cardíaca**.
- **Glucemia**: Debe ser pedida si los pacientes tienen **diabetes**.
- **Potasio**: Si los pacientes están en tratamiento con **diuréticos**.

<http://www.aafp.org/.../recommendatio.../viewRecommendation.htm...>

## Un tsunami de sobrediagnóstico

Publicado el 21 de marzo

El sobrediagnóstico y sobretratamiento son dos fenómenos interrelacionados que por desgracia, muchos médicos desconocen.

El sobrediagnóstico hizo "ser más cautos" muchas recomendaciones de rastreo de la Fuerza de tareas de Estados Unidos (USPSTF) (por ej. mamografía a partir de los 50 años y bianual).

El concepto de sobrediagnóstico es contrario a la intuición. Si me anticipo me puede ir mal en tratamientos innecesarios y peligrosos.

Siempre tené en cuenta que el sobrediagnóstico no es igual a Falso (+). Un F (+) se produce cuando una prueba detecta una enfermedad que no está realmente. Aquí la enfermedad está presente sólo que no progresará o lo hará tan lentamente que el paciente va a envejecer y morir de otra cosa antes que de su enfermedad.

El sobrediagnóstico se da en muchos cánceres, entre ellos el de tiroides.

### Fukushima y la "epidemia" de cáncer de tiroides en los niños.

En marzo de 2011 colapsó la central nuclear de Fukushima en Japón como consecuencia del tsunami. Fue el mayor desastre nuclear desde Chernobyl en 1986, y todavía se hacen sentir sus efectos. Aunque la irradiación provocada fue mucho menor que en Chernobyl.

Meses después de la catástrofe, la Prefectura de Fukushima se dedicó a examinar la tiroides de cientos de miles de niños y adolescentes en busca de signos de cáncer relacionados con la radiación. En la primera ronda de estudios comenzaron a aparecer alteraciones tiroideas en casi la mitad de los niños, de los cuales más de 100 fueron posteriormente diagnosticados con cáncer de tiroides.

La OMS señaló en 2013 que el rastreo intensivo para el cáncer de tiroides aumentaría la prevalencia del mismo exclusivamente a través de un efecto de rastreo (sobrediagnóstico).

Los pacientes con resultados positivos recibieron un examen secundario, y si era necesario, se realizaban aspiración con aguja fina. Si se detectaban células cancerosas, el paciente era seguido y operado en el momento apropiado.

Primera ecografía 2.251 casos con resultado ecográfico positivo

Segunda ecografía 2.067 casos

Punción con aguja fina 110 casos de cáncer de tiroides

87 casos fueron operados

86 casos fueron confirmados histológicamente (83 carcinomas papilares y tres carcinomas pobremente diferenciados)

1 caso fue diagnosticado como un tumor benigno.

Esto resultó en un aumento de 30 veces más de casos de cáncer de tiroides entre niños y adolescentes.

Los autores del estudio reconocen que al menos una parte del incremento podría atribuirse a sobrediagnóstico aunque: "...descartan que esta posibilidad sea de gran magnitud. Aunque..." No hay forma de responder esta última aseveración. La detección de enfermedades de tiroides con ecografía puede tener un efecto dramático detectando nódulos tiroideos.

En Corea del Sur se produjo un incremento de 15 veces en la incidencia de cáncer de tiroides a partir de un programa nacional de detección de cáncer en 1999.

Un rastreo con ecografía utilizando los mismos procedimientos que en Fukushima en 3 prefecturas japonesas muestran que la prevalencia de cáncer de tiroides detectados por ecografía en otras áreas de Japón NO difiere significativamente.

La radiación de Fukushima creó una falsa "epidemia" de cáncer de tiroides.

Además de la ansiedad de encontrar este tipo de lesiones en niños pudo haber mucho daño. La casi totalidad de los niños en los que se encontraron los cánceres fueron sometidos a tiroidectomía total, y algunos con extirpación de los ganglios linfáticos innecesariamente.

## ¿Hay que tratar el hipotiroidismo subclínico?

Publicado el 16 de Enero 2016

Dos meta-análisis han demostrado que existe una asociación entre hipotiroidismo subclínico y aumento de la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Sin embargo, un meta-análisis más reciente encontró que la sustitución con T4 **NO reduce ese riesgo**.

Por otra parte, en pacientes mayores de 85 años, el hipotiroidismo subclínico se asocia con **mayor longevidad** (si tienen esa edad no hay que tratarlos!).

Por lo tanto el tratamiento rutinario con T4 actualmente **NO** se recomienda en el paciente asintomático con hipotiroidismo subclínico, aunque la vigilancia es importante (porque 10% pueden evolucionar a hipotiroidismo).

La excepción es durante el embarazo, cuando por lo general se requiere tratamiento con levotiroxina.

Si el paciente tiene síntomas que te quedan dudas, podés hacer una prueba terapéutica con T4 por 3 a 6 meses. Si el mismo resuelve los síntomas se puede considerar continuar con el tratamiento y monitorear si aparece el hipotiroidismo manifiesto.

Si los síntomas no mejoran con la prueba terapéutica considerará otros diagnósticos.

## **El hipotiroidismo sub clínico NO se medica.**

**Publicado el 22 de octubre**

JR es un hombre obeso de 72 años con DBT 2, HTA y enfermedad coronaria estable. Te consulta porque le pidieron una TSH y la necesidad del uso de levotiroxina.

Un año antes, había ido a su médico por cansancio leve.

En ese momento, la TSH fue de 7,2 mUI/L (vn: 0,3-5,0 mUI/ml) y su nivel de tiroxina libre fue de 1,3 ng/dl (vn 0,8-2,7 ng/dl).

Comenzó a tomar 75 mcg de levotiroxina/día.

Al mes acude a guardia con palpitaciones, disnea y dolor torácico. Un ECG mostró una FA de reciente comienzo con respuesta ventricular rápida (115/'); un ecocardiograma mostró hipertrofia ventricular izquierda leve, sin disfunción miocárdica. La TSH fue de 0,1 mUI / L.

El paciente recibió anticoagulantes y  $\beta$  bloqueantes para el control de la frecuencia cardíaca y la levotiroxina fue suspendida.

Tres meses después, volvió a ritmo sinusal, y su nivel de TSH fue de 5,6 mUI/ml.

El paciente se sentía mejor del cansancio. Pero no quiere reiniciar levotiroxina por ahora. A los 6 meses de seguimiento sigue sin síntomas de disfunción tiroidea, y la TSH es de 6,3 mUI/ml.

El hipotiroidismo subclínico se define como la elevación nivel de TSH con concentraciones de t4 y T3 normales, independientemente de la presencia o ausencia de signos o síntomas de la disfunción de la tiroides.

La prevalencia ha ido en aumento y se dice que afecta a un 4% a un 12% de la población adulta.

El valor diagnóstico y terapéutico del hipotiroidismo subclínico en los ancianos es relativo y los efectos del tratamiento con T4 en cuanto a resultados clínicamente importantes (por ej: mortalidad o función cognitiva) en pacientes con niveles de TSH < a 10 mUI/l NO se han comprobado.

Los daños que se asocian al tratamiento son: Angor, FA, hiper t4, pérdida de la densidad mineral ósea y fracturas. De hecho, más del 40% de pacientes de 65 años o mayores tratados con T4 sufren consecuencias del tratamiento.

Por otra parte, tené en cuenta que los ancianos tienen un aumento "normal" de TSH con el envejecimiento. Los expertos propusieron un límite superior más alto de TSH (por ej, 7,5 o 8,5 UI / ml en pacientes  $\geq$  65 años).

En un estudio casi el 62% de ancianos estudiados con hipo subclinico vuelve a la normalidad.

## Las 5 cosas que los hematólogos eligieron no hacer.

Publicado el 7 de Enero 2016

1. No pidas una imagen por sospecha de TEP, sin tener una probabilidad pretest moderada o alta.

American College of Radiology.

2. No pidas rutinariamente pruebas de trombofilia en pacientes sometidos a una evaluación de rutina infertilidad.

American Society for Reproductive Medicine

3. No realices hemogramas repetitivos para ver si caen dentro de valores normales.

Society for Hospital Medicine – Adult Hospital Medicine

4. No transfundir glóbulos rojos en la anemia por déficit de hierro sin inestabilidad hemodinámica.

American Association of Blood Banks

5. Evitar el uso de la tomografía por emisión de positrones (PET-TC) como parte del seguimiento de monitoreo de una recurrencia en pacientes asintomáticos de cáncer que han terminado el tratamiento inicial del mismo. A menos que haya pruebas que tales imágenes cambien el resultado.

Sociedad Americana de Oncología Clínica.

<http://www.hematology.org/.../Guide.../Choosing-Wisely/4728.aspx>

## El tratamiento del colesterol

Publicado el 24 de Enero 2016

"...Mirá..." le dije. "... tenés 35 años, estás sano, sin antecedentes cardíacos, antes de pedirte el colesterol te explico algunas cosas...".

Sabía que después venía la pregunta: "Pero, ¿no vale la pena hacerlo?, ¿por qué los otros médicos me lo están pidiendo? ¿Por qué tantas organizaciones dicen que me mida el colesterol y tratarme si lo tengo alto? (esto incluye la Asociación Americana del Corazón, la Academia Americana de Médicos de Familia, la Sociedad Canadiense Cardiovascular y cualquier grupo que tiene un interés en la enfermedad cardiovascular). Incluso organismos independientes confiables, como la Fuerza de Tareas americana (USPSTF), recomiendan el rastreo: "Los beneficios de la detección y el tratamiento de dislipemias en hombres de 35 años o más (A) y mujeres de 45 años o más superan sustancialmente los daños potenciales".

La guía del NICE está nuevamente aconsejando el tratamiento con estatinas con la consigna es disminuir 50.000 muertes al año por ACV y IAM.

Según estos cálculos, si todo el mundo recomienda tomar estatinas, se evitarían entre 20.000 y 50.000 muertes/año .

Hay que conocer algunos números...

a. la hipercolesterolemia es un "factor de riesgo" para la enfermedad cv. Pero es un factor de riesgo muy pequeño. Incluso en un escenario del "mejor de los casos", 1 de c/20 hombres de muy alto riesgo tendrá un beneficio de sólo el 5%.

La mayoría de la gente nunca se acercará a ese nivel de riesgo; la mayoría de nosotros no obtiene ningún beneficio sin dejar de tener que lidiar con un daño considerable por tomar el fármaco.

b. Los estudios patrocinados por la industria no respaldan los datos del mundo real que demuestra que la mitad de los pacientes deja de tomar las estatinas dentro del año y el 62% refiere que lo hace por dolores musculares y cansancio.

c. Para pacientes de bajo riesgo, comer una manzana al día tiene una reducción del riesgo de tener un IAM equivalente a tomar una estatina.

Más del 80% de las enfermedades cv son atribuibles a factores ambientales, dieta poco saludable y sobre todo fumar, alcohol e inactividad física.

El enfoque en la prevención primaria debe ser en la forma de incentivar ciertos grupos de alimentos que tienen un beneficio comprobado en la reducción de morbilidad y mortalidad.

b. En 2008, se publicó una extensa revisión de la literatura de los efectos adversos de las estatinas. La gama es muy amplia, y ocurren con mayor frecuencia en personas que toman dosis altas de estatinas, pero el dolor y debilidad muscular son los efectos más comunes de las estatinas.

Hace unos 10 años, se estableció un estudio para recopilar informes de personas que toman estatinas: [www.statineffects.com](http://www.statineffects.com).

Estos datos son muy diferentes con la mayor parte de la literatura publicada sobre los efectos de las estatinas porque la mayoría de los estudios publicados son financiados por la industria farmacéutica.



c. Si todo el mundo estuviera en tratamiento aumentaría 0,5 a 1,1% el riesgo de DBT2 que se atribuye directamente a las estatinas.

Para algunos pacientes el miedo a la enfermedad cv dominará y muchos querrán tomar estatinas, el riesgo de síntomas puede negar la ganancia percibida.

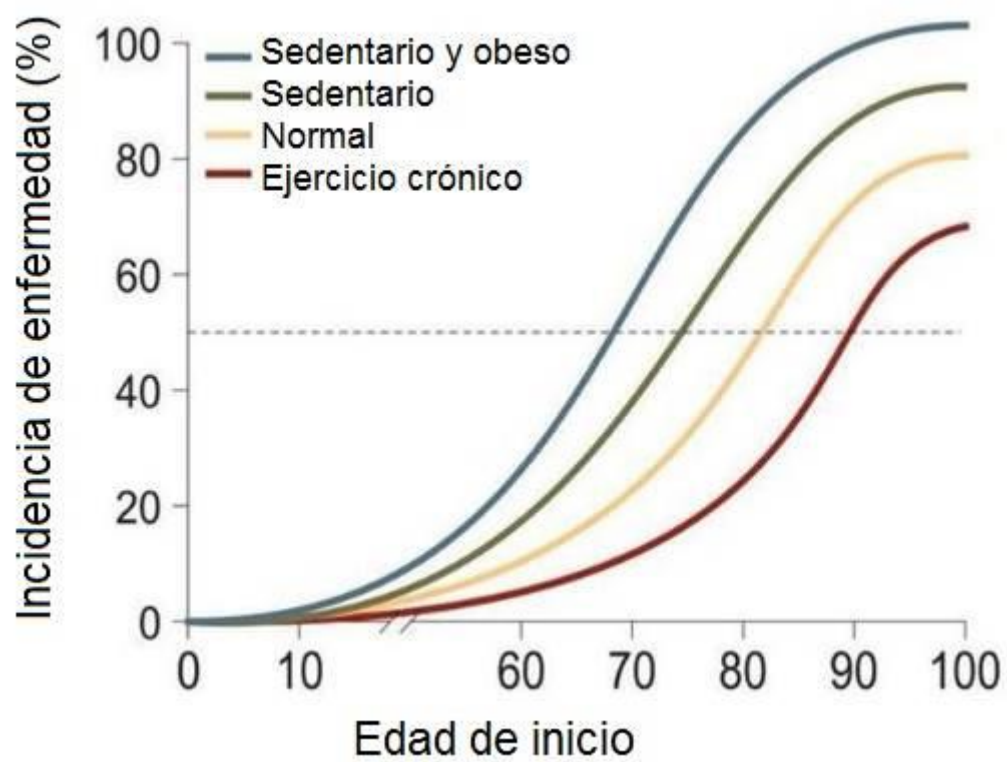
Por ahora, pese a las recomendaciones fuertes de tomar estatinas, su papel en prevención primaria, sigue siendo cuestionable.

## El sedentarismo... ¡A moverse!

Publicado el 25 de Enero 2016

La actividad física es esencial para la salud y reduce el riesgo de muchas condiciones y enfermedades prevenibles que van desde la depresión hasta el cáncer. Alentá a tus pacientes a que caminen todos los días.

Permanecer activo todo el día, todos los días.



## **Actividad física para luchar contra tus genes.**

Minimizando problemas cardíacos con mejor aptitud física.

**Publicado el 18 de julio**

Un interesante estudio apareció publicado.[1] Los investigadores vieron el pronóstico de pacientes que habían sufrido un IAM a los primeros 90 días o al 1er año después del evento.

Las personas que estaban en mejor condición física tuvieron una mejor sobrevida.

De esta manera, los pacientes con una historia familiar positiva que te preguntan que pueden hacer para evitar que les pase lo mismo que a sus familiares, deben saber que es muy importante para ellos hacer actividad física. Se puede decir razonablemente que el ejercicio y el lograr un alto nivel de aptitud física va a ayudar no sólo a prevenir un IAM, sino también, a que si tienen un evento cardíaco, tendrán mejor sobrevida y menos comorbilidad.

¡El objetivo inicial es que todos lleguemos a realizar 10.000 pasos por día!

Shaya GE, Al-Mallah MH, Hung RK, et al. High exercise capacity attenuates the risk of early mortality after a first myocardial infarction: the Henry Ford Exercise Testing (FIT) Project. Mayo Clin Proc. 2016;91:129-139.

## **Rastreo de depresión en adultos**

**Publicado el 29 de enero 2016**

La Fuerza de Tareas Americana actualizó la recomendación de 2009 para la detección de depresión en los adultos, incluidos los adultos mayores y las mujeres embarazadas y en el posparto.

Grado de recomendación: B

La exactitud de los instrumentos de detección:

Con respecto al cuestionario se propone la Escala de Depresión de 9 ítems del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) (1) como primera opción para la mayoría de los centros de atención primaria.

La sensibilidad es de alrededor del 80% de los casos "reales"

Tal sensibilidad, no significa que una puntuación más baja descarte un diagnóstico de depresión (aproximadamente 1 de cada 5 casos verdaderos (VP) puntúan por debajo del umbral).

También recomienda la Escala de depresión postnatal de Edimburgo en embarazadas o puérperas (2). Aunque no es absolutamente necesario contar con "una escala que se ajuste a todo", no sería difícil determinar si el PHQ-9 se desempeña bien en las mujeres embarazadas o durante el puerperio inmediato.

### **Población:**

Esta recomendación se aplica a los adultos mayores de 18 años.

Lo que no cambió (importante): El rastreo debe ser implementado con sistemas adecuados que garanticen un diagnóstico preciso, tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.

(1) [http://www.gericareonline.net/.../attachme.../Dep\\_05\\_PHQ9\\_sp.pdf](http://www.gericareonline.net/.../attachme.../Dep_05_PHQ9_sp.pdf)

(2) [http://www.sbcounty.gov/.../mcah\\_cpdp\\_pp\\_depression\\_screening...](http://www.sbcounty.gov/.../mcah_cpdp_pp_depression_screening...)

## ¿Cuáles son los posibles beneficios, daños, y los costos del examen periódico de salud?

Publicado el 11 de Febrero 2016

La mayoría de las personas piensa que hacer un chequeo anual de salud es clave para mantenerse saludable.

Esta imposición extraída de los sistemas de salud que en los '80 impulsaba el hacerse el chequeo anual comienza a mirarse desde otro ángulo. Es verdad que la lógica de "asegurarse de que estoy bien" claramente tiene un atractivo intuitivo.

Sin embargo, está bueno ser escépticos, y plantearse si las cosas que hacemos todo el tiempo sirven o no. Durante mucho tiempo se ha palpado la tiroides hasta que se demostró que no era conveniente o se ha realizado un tacto rectal hasta que aprendimos que conlleva más daño que beneficio. Es decir que ser intuitivos no siempre es "para mejor".

Todas las intervenciones en salud tienen un daño y un costo y tendremos que evaluar si los daños y los costos se ven compensados por los beneficios para mejorar la morbimortalidad.

Aquí la evidencia

Las revisiones sistemáticas encontraron que los exámenes periódicos de salud NO mejoran la morbilidad ni la mortalidad.

Los estudios analizados cubren una variedad de intervenciones de rastreo en poblaciones de atención primaria.

El debate entonces puede pasar por otros resultados alternativos, tales como mejora de la atención preventiva o el fortalecimiento de la relación médico paciente.

El propósito del examen físico anual ha sido históricamente un procedimiento para identificar la enfermedad asintomática.

Una revisión sistemática (1) observó que el examen periódico de salud puede aumentar las tasas de cuidados preventivos (estos son datos del 2007).

En este sentido, el mejor proceder hasta ahora es buscar proactivamente a ciertos pacientes en riesgo en vez de esperar que vengan a la consulta.

Un argumento a favor del examen periódico de salud se refiere a la relación MP, la piedra angular de la atención primaria. La suposición subyacente es que el revisar a los pacientes en forma seguida se fortalece este tipo de relaciones. Esta hipótesis no ha sido probada, y es importante ponerla en duda.

Los adultos mayores de 65 años tienen un promedio de visitas por año muy alto al médico y no con todos ellos te llevás bien. En este contexto, no está claro si es bueno o no. Pensá en muchos pacientes jóvenes que te visitan esporádicamente y con quienes tenés una excelente relación médico-paciente.

¿Y los daños?

Siempre está el riesgo del exceso de diagnósticos a través de pedir más estudios. Más falsos positivos que requieren intervenciones adicionales, que pueden a su vez conferir daño.

¿Y los costos?

Es relativamente de bajo costo en función de cada visita, pero debido a que es tan común, si toda la población adulta tiene un examen periódico anual, los costos serían aproximadamente 3 veces más.

También hay costos de oportunidad. Puede que si muchos pacientes quieren hacerse el control cada 6 meses se atiborre de turnos tomados que los podrían aprovechar personas más necesitadas.

(1) Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, Hwang CW, Maynor K, Merenstein D, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med.* 2007;146:289-300.

## Recomendaciones Fuerza de Tarea Canadiense para el Cáncer de colon

Publicado el 27 de febrero 2016

Acaba de publicarse las recomendaciones para rastreo de cáncer de colon de la Fuerza de Tareas Canadiense en una aproximación más moderada que la americana. No te lo pierdas

<http://www.cmaj.ca/content/.../2016/02/22/cmaj.151125.full.pdf1>

Recomendaciones de rastreo de cáncer de colon				
Fuerza de tareas preventiva	Norteamericana (USPSTF)		Canadiense (CTF)	
Edad inicio	50 años		50 años	
Edad finalización	75 años		74 años	
Métodos	SOMF o Test inmunoquímico en materia fecal o	Anual	SOMF o Test inmunoquímico en materia fecal o	Bi anual
	VCC	C/10 años	RSC flexible	C/10 años

Lo que dicen los canadienses: Hay pruebas convincentes de ECA (ensayo controlado aleatorio) para la SOMF y la sigmoidoscopia flexible, pero no para la colonoscopia.

No hay suficiente evidencia para sugerir que la VCC debería ser utilizada como una herramienta de detección de primera línea. Recién actualmente hay 4 ensayos aleatorios en proceso y probablemente se espere 5 o 10 años para sacar conclusiones.

Las recomendaciones norteamericanas (USPSTF) habrían incluido estudios observacionales en su análisis de la colonoscopia de rastreo.

La precisión de la VCC es imperfecta, la calidad del procedimiento es variable, las complicaciones no son poco comunes, la capacidad endoscópica es limitada, los costos del procedimiento son altos, y muchos pacientes prefieren las pruebas alternativas.

## Rastreo de cáncer de colon. Estudios diagnósticos

Publicado entre el 3 y el 4 de agosto

Sabías que...

- \* La videocolonoscopia se utiliza cada vez más como método de rastreo de cáncer de colon pero **no existe evidencia** de ningún tipo **que disminuya la mortalidad**.
- \* Los únicos estudios que mostraron disminuir la mortalidad son la SOMF y la RSC.
- \* La mayor preferencia de la VCC se basa en la detección temprana de pólipos.
- \* La VCC tiene 4 perforaciones y 8 sangrados mayores por c/10.000 colonoscopías.
- \* La RSC tiene 1 perforación y 2 sangrados mayores c/10.000 colonoscopías.

Aunque se cree ampliamente que el rastreo de pólipos precancerosos es beneficioso, no hay que perder de vista que son datos observacionales y esto puede hacernos pensar en que esté bien realizar la VCC. Este sesgo se conoce como "sesgo del usuario saludable" que llevó a una idea errónea de asociación de estrógenos en la enfermedad cardíaca o de los beneficios de  $\beta$ -caroteno sobre el cáncer, que fueron posteriormente refutados en los ensayos clínicos controlados. De hecho, recientes investigaciones genéticas trajeron dudas sobre la secuencia adenoma-carcinoma en el desarrollo del cáncer colorrectal. Se estima que los adenomas son comunes y están presentes en el 22% al 58% de personas asintomáticas.

La incidencia aumenta con la edad. Alrededor de 1/3 de los adenomas regresará con el tiempo, y 1/3 a 1/2 se mantendrá estable. Además, se sabe que en otros tipos de cánceres (próstata y mama), la eliminación de las lesiones precancerosas no es beneficiosa, posiblemente porque los cánceres que producen alta mortalidad son los de crecimiento rápido que no se detectan con el rastreo.

También la mortalidad por cáncer colorrectal está en declive desde antes de la aplicación del rastreo. Si bien es cierto que desde el rastreo la incidencia de cáncer mejoró, no está claro si también existe un sesgo ya que las personas que se hacen los rastreos son más conscientes acerca de su salud y tienen hábitos de salud más favorables (dieta con alimentos más frescos y menos procesados).

Hay autores que proponen aumentar el intervalo inter rastreo.

Al igual que en la mayoría de los procedimientos de detección de cáncer, ninguno de los estudios muestra reducción de la mortalidad por todas las causas, por lo que hay evidencia que sugiere que las personas viven más tiempo, al participar en un programa de rastreo de cáncer de colon. Todos estos datos son importantes al informar a los pacientes para tomar decisiones compartidas de una manera menos sesgada.

En la actualidad hay un ensayo clínico en marcha de casi 50.000 personas aleatorizadamente a VCC vs SOMF que nos puede dar bastante información aunque sólo se incluyeron hombres y la rama RSC no está.

Published Online: June 15, 2016.

doi:10.1001/jamainternmed.2016.3892.



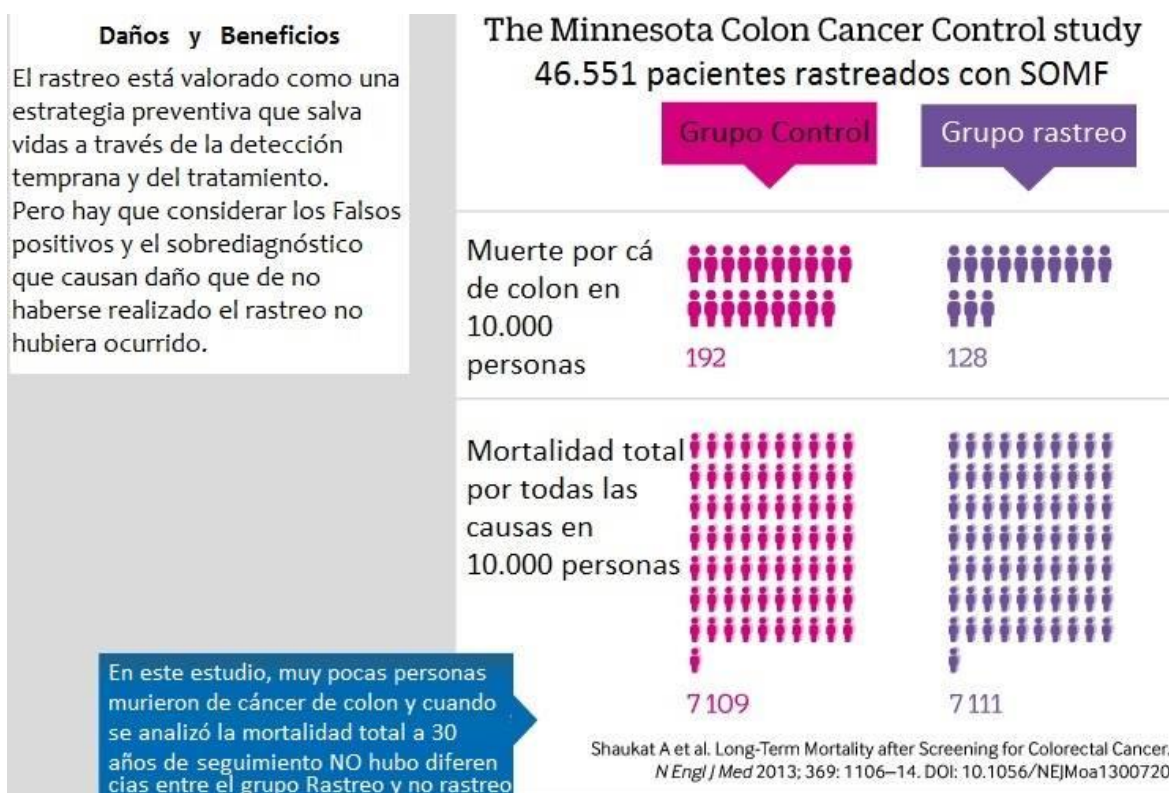
## El rastreo de cáncer de colon disminuye la mortalidad específica pero no la mortalidad total.

Publicado el 19 de agosto

Cada vez más evidencia de que nuestras acciones son invasivas y conducen a poco o ningún beneficio a nivel de supervivencia global.

El lunes pasado (ver publicación del 11 de enero) compartimos una editorial del BMJ que demuestra que tenemos que discutir con los pacientes los efectos no beneficiosos de la mamografía como rastreo.

Esa editorial se basa en un artículo que también cuestiona el rastreo del cáncer de colon. Ver gráfico



¿Cada cuánto se debe repetir la VCC según lo hallado en la anterior?

Publicado el 11 de diciembre

Hallazgo de la VCC	Intervalo recomendado p/repetir (en años)	Calidad de la evidencia
Sin pólipos.	10	Moderada
Pólipos hiperplásicos < 10 mm en recto o sigmoides.	10	Moderada
1-2 adenomas tubulares < 10 mm.	5-10	Moderada
3-10 adenomas tubulares.	3	Moderada
>10 adenomas.	< 3	Moderada
≥ 1 adenoma tubular ≥ 10 mm sin displasia.	3	Alta
≥ 1 adenoma veloso.	3	Moderada
Adenoma con alto grado de displasia.	3	Moderada
<b>Pólipos serratos:</b>		
≥ 1 Pólipo serrato sésil < 10 mm sin displasia	5	Baja
≥ 1 Pólipo serrato sésil ≥ 10 mm o 1 pólipo serrato sésil con displasia o un adenoma serrato tradicional	3	Baja
Síndrome poliposis serrata	1	Moderada

N Engl J Med 2016; 374:1065-1075 March 17, 2016 DOI: 10.1056/NEJMra1513581

## ¿La aspirina para la prevención secundaria en pacientes con cáncer colorrectal?

Publicado el 16 de agosto

Siempre que algo parece funcionar en prevención primaria, se comienza a estudiar en prevención secundaria. La evidencia sugiere que tomar regularmente aspirina disminuye la incidencia del cáncer colorrectal como efecto preventivo primario en pacientes sin contraindicaciones para ello. Sin embargo, la evidencia de indicarla en personas que han tenido cáncer (es decir, prevención secundaria) es menos clara aunque muchos oncólogos lo indiquen.

En 2013, las guías de la Sociedad Americana de Oncología Clínica señaló que "se mantiene la incertidumbre con respecto al uso regular de aspirina" para la prevención secundaria del cancer colorectal (J Clin Oncol 2013; 31: 4465).

Un nuevo estudio observacional (1), indica beneficios, aunque NO se recomienda formalmente el uso rutinario de la aspirina para la prevención secundaria.

En Noruega, los investigadores se aprovecharon de datos nacionales integrales para llevar a cabo este estudio observacional basado en la población con diagnóstico de cáncer colorectal que tomaba aspirina.

Entre 23,162 pacientes que recibieron diagnóstico de cáncer de colon entre 2004 y 2011, el 26% tomaba aspirina (75-160 mg al día) regularmente después del diagnóstico presumiblemente por problemas cardiovasculares.

Durante una mediana de seguimiento de 3 años, la mortalidad global y la mortalidad específica de cancer colorectal fue

34% y 19%, respectivamente en el grupo Aspirina, y  
42% y 32%, respectivamente, en el grupo no AAS.

En el análisis multivariable ajustado por factores demográficos, etapa del cáncer, sus características, y el uso de otros fármacos que pueden disminuir el riesgo de Ca de colon (incluidos los medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos), el uso de aspirina se asoció con un número significativamente menor mortalidad por Ca de colon-específico (HR, 0,85; P <0,001), pero no menor mortalidad significativamente general (HR, 0,95; P= 0,08).

En los análisis de subgrupos, mejoró la sobrevida por cáncer de colon específica en los pacientes que venían tomando aspirina, pero NO en aquellos que comenzaron a tomar la aspirina después de diagnosticado.

(1) <http://jco.ascopubs.org/content/34/21/2501>

## **Recomendación de Rastreo de Ca de pulmón de la Fuerza de Tareas Canadienses. (CTF)**

**Publicado el 22 de mayo**

→ Los adultos entre 55 y 74 años de edad que están en alto riesgo de cáncer de pulmón (es decir, los que fuman o que dejaron de fumar dentro de los últimos 15 años y que tienen al menos una historia de tabaquismo 30 paquetes/año) pueden beneficiarse a partir de la detección del cáncer de pulmón con TAC de baja dosis cada año durante 3 años consecutivos (recomendación débil).

Al ser una recomendación débil implica que los profesionales deben:

- Discutir con sus pacientes sobre riesgos y beneficios Falsos positivos.
- Efectos adversos del seguimiento.
- Sobre-diagnóstico.
- Seguimiento en centros de atención de salud especializados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón temprano.

Se estima que el Número Necesario para Rastrear con TAC de baja dosis sería 322 personas por más de 6,5 años para prevenir una muerte por cáncer de pulmón.

Debido a que fumar está asociado con el 85% de los nuevos casos de cáncer de pulmón, el control del tabaco y dejar de fumar son críticos para reducir la morbi-mortalidad.

No hay un claro beneficio de rastreo con TAC de baja dosis para el cáncer de pulmón en < de 55 años y > de 74 años, o en aquellos con un menor riesgo basado en la historia de tabaquismo (es decir, los adultos que fuman menos de 30 paquetes/año) o adultos que dejaron de fumar hace más de 15 años.

- NO hay ningún beneficio de pedir radiografía de tórax con fines de rastreo (con o sin la citología de esputo), y sí hay daños conocidos (por ej: F (+), efectos adversos y sobrediagnóstico).

CMAJ 2016. DOI:10.1503/cmaj.151421

## ¿Es tiempo de cambiar nuestro discurso con respecto a la mamografía?

Publicado el 11 de Enero 2016

Importante editorial del BMJ

<http://www.bmj.com/content/352/bmj.h6967>

	1000 mujeres sin Mx	1000 mujeres con Mx*
<b>Beneficios</b>		
Cuántas morirán de cáncer de mama	5	4
Cuántas morirán de todos los tipos de cáncer	21	21
Cuántas morirán de cualquier causa	84	84
<b>Daños</b>		
Cuántas mujeres tendrán F (+)		50-200
Cuántas mujeres con cáncer no progresivo tendrán mastectomía parcial o total		2-10

\*Mujeres de 50 o más años con rastreo con mamografía por 10 años.

## ¿Cuáles son los beneficios y daños del rastreo con mamografía? Por grupo etario.

Publicado el 14 de diciembre

Entre 1000 mujeres de **40 años** que se hacen una mamografía anual por los próximos 10 años

Beneficios	Daños
0.1 – 1.6 evitarán morir de cáncer de mama	510-690 tendrán 1 falsa alarma (se biopsiarán 60-80 mujeres)
	?-11 mujeres serán sobrediagnosticadas y se someterán a cirugía, quimio y radioterapia.

Entre 1000 mujeres de **50 años** que se hacen una mamografía anual por los próximos 10 años

Beneficios	Daños
0.3 – 3.2 evitarán morir de cáncer de mama	490-670 tendrán 1 falsa alarma (se biopsiarán 70-100 mujeres)
	3-14 mujeres serán sobrediagnosticadas y se someterán a cirugía, quimio y radioterapia.

Entre 1000 mujeres de **60 años** que se hacen una mamografía anual por los próximos 10 años

Beneficios	Daños
0.5 – 4.9 evitarán morir de cáncer de mama	390-540 tendrán 1 falsa alarma (se biopsiarán 60-80 mujeres)
	6-20 mujeres serán sobrediagnosticadas y se someterán a cirugía, quimio y radioterapia.

Welch, H. G., & Passow, H. J. (2014). Quantifying the benefits and harms of screening mammography. *JAMA internal medicine*, 174(3), 448-454.

**Los avatares de la mamografía en dilucidar el cáncer de mama.**  
Publicado el 26 de mayo

**Mamografía: ¿Cuáles son las chances?**

La Mx separará los siguientes grupos:

10.000 mujeres con Mx a partir de los 50 años por los próximos 10 años.

**10,000**  
Mujeres

← **6,130**  
Serán llamadas para más estudios que serán negativos.

**3,568**  
Tendrán Mx normal a lo largo de 10 años

**302**  
Tendrán cáncer de mama

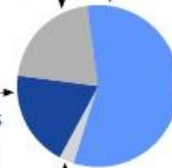
De las 302 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama:

**173**  
Sobrevivirán sin importar si fueran rastreadas o no.

**62**  
Morirán de cáncer de mama a pesar del rastreo con Mx

**57**  
Serán diagnosticadas de cáncer que nunca la dañará.

**10**  
Evitará la muerte por cáncer de mama



<http://oncology.jamanetwork.com/article.aspx...>  
<http://www.bmj.com/content/350/bmj.h867>  
<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f158>

## Más acerca del cáncer de mama: Factores de riesgo Modificables.

Publicado el 27 de mayo

El jueves se publicó un artículo (1) que concluye que los diagnósticos de cáncer de mama podrían prevenirse o retrasarse hasta un 29% si todas las mujeres:

1. Mantienen un peso corporal saludable.
2. No utilizan terapia hormonal en la menopausia.
3. Consumen poco alcohol.
4. No fuman.

Pocas cosas son categóricas en torno a la prevención del cáncer de mama. Hay incertidumbre y controversia entre expertos, una mujer tiene que decidir qué tan temprano y con qué frecuencia debería hacerse una mamografía, si puede tomar hormonas, o tamoxifeno para reducir su riesgo de cáncer de mama con posibles efectos secundarios.

También muchas veces se necesita motivación para hacer cambios de conducta saludables, especialmente si tiene sobrepeso o fuma o bebe alcohol.

Los modelos estándar de predicción de cáncer de mama (El score de riesgo Gail (2) es el más usado) generalmente solicitan la edad de la mujer, el dato familiar de cáncer de mama, menarca, número de embarazos que ha tenido y cuándo, y si ella ha tenido una mx anormal o una biopsia de mama.

Si existen antecedentes familiares marca una bandera roja que indica si tiene BRCA 1 y BRCA 2. Sin embargo, no se tenían en cuenta factores modificables como consumo de alcohol y obesidad. Tampoco estos modelos consideran el papel de al menos 92 variaciones genéticas que parecen influir en el riesgo de cáncer de mama.

La buena noticia es que las mujeres que se encuentran en mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama debido a factores “fuera de su control”, son las mismas mujeres que reducen su riesgo más abruptamente cuando mantienen los 4 factores ya mencionados.

Estos datos se recogieron a través de 8 estudios de seguimiento por varios años a 37.000 mujeres en su mayoría blancos en Estados Unidos, Europa y Australia, se construyó un modelo de riesgo en toda la población.

(1) <http://oncology.jamanetwork.com/article.aspx...>

(2) <http://www.cancer.gov/bcrisktool/>



## **Pre-diabetes. La epidemia que nunca existió**

**Publicado el 5 de agosto**

Con niveles de glucemia entre normal y de DBT apareció la prediabetes. La idea era similar a la prevención del cáncer: diagnóstico temprano (pre-diabetes) y evitar la enfermedad (diabetes). Sólo en Estados Unidos en el 2014, se diagnosticaron 86 millones de prediabéticos.

Esto significa que 1 de cada 3 adultos tenían pre-diabetes.

Cada año este número se fue incrementando, lo que significa que la prediabetes es diagnosticada antes y con mayor frecuencia, dando lugar a nuevos pacientes.

En 2003, y nuevamente en 2010, la Asociación Americana de Diabetes bajó aún más el umbral de diagnóstico de prediabetes: de 110 a 100 miligramos/dl y de 6,0 a 5.7% para la HgbA1C.

La OMS advirtió desde 2006 que los umbrales más bajos crearían innecesariamente el doble de la prevalencia de la pre-diabetes.

¿El valor predictivo de la pre-diabetes importa?

Los estudios epidemiológicos más recientes a largo plazo muestran que sólo el 5 al 10% de los pacientes pre diabéticos progresan a diabetes, y un 50% de las personas revierte la glucemia a valores normales con el tiempo.

Sin embargo, la disminución del umbral diagnóstico tiene claras implicaciones económicas. Es una mina de oro para la industria farmacéutica, la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos aconsejó que los medicamentos para la diabetes puedan ser utilizados en pacientes con prediabetes.

Muchos pacientes comenzaron a tomar medicamentos en pos de prevenir una diabetes y, como dijimos la mayoría vuelve a sus valores normales al poco tiempo sin medicación ni consecuencias. Más diagnósticos significan más ventas. Las intervenciones farmacéuticas rara vez funcionan para la prediabetes y con efectos secundarios claros.

Esta medicalización es una constante en la medicina de hoy. Varios ejemplos como medicar la menopausia, el envejecimiento, el colesterol, la osteoporosis y la hipertensión arterial nos suceden día a día y luego es muy difícil poder sacar esos tratamientos.

## La pre-diabetes

Publicado el 28 de mayo

En muy poco tiempo (2003 y nuevamente en 2010), la Asociación Americana de Diabetes redujo el umbral de los niveles de glucemia para definir "pre-diabetes".

Los dos ajustes en la definición de pre-diabetes aumentó cinco veces el número de personas que tienen la condición.

Si bien este descenso del umbral puede justificarse a partir de la epidemia de la obesidad, no debe dejarse de lado los intereses que pueden tener compañías farmacéuticas en vender más y más sus productos.

9 de los 14 médicos que realizaron el ajuste de los valores de glucemia en 2010 trabajaron como oradores, consultores o asesores de compañías farmacéuticas que fabrican hipoglucemiantes.

La propia Asociación Americana de DBT ha recibido mucho apoyo financiero de esas compañías.

Sin embargo...

La prediabetes es una etiqueta innecesaria que puede conducir al exceso de tratamiento con medicamentos, exponiendo a los pacientes a riesgos sin beneficios reales.

De hecho, un importante estudio publicado en 2002 (1) había demostrado que una combinación de dieta y ejercicio en esa población reduce las probabilidades de convertirse en DBT un 58%, mientras que el uso de la metformina sólo lo redujo en un 31%.

(1) <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa012512>

Hay algunas asociaciones que proponen rastreo de deterioro cognitivo a partir de los 40 años.

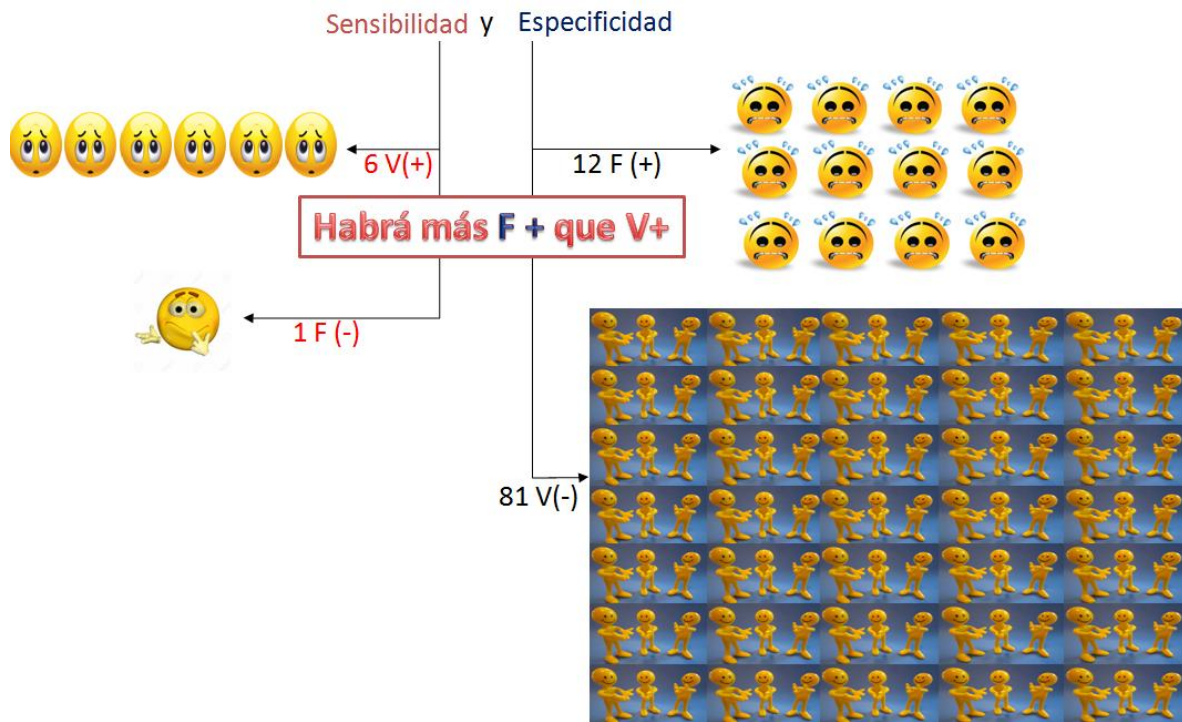
Mirá lo que sucede si se hace a partir de los 65 años...

Publicado el 9 de marzo

La prevalencia de la enfermedad a partir de los 65 años es baja: 7%

El mejor estudio de rastreo tiene una sensibilidad de **88%** y una especificidad de **86%**.

En esas condiciones, la tabla de 2x2 quedaría así:



## Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV.

### Parte 1: La obesidad

Publicado el 19 de marzo

La obesidad aumenta el riesgo de ACV fatales (tanto isquémico como hemorrágico), en los adultos jóvenes y personas ancianas.

La HTA, la dislipemia y la DBT provocada por exceso de peso puede contribuir a las 3/4 del exceso de riesgo.

En los individuos con sobrepeso y obesidad, el riesgo de ACV isquémico aumenta  $\pm$  5% con cada kg/m<sup>2</sup> de aumento en el IMC.

Las guías actuales recomiendan la reducción de peso para este tipo de personas.

Sorprendentemente, varios estudios encontraron una mejor supervivencia para los pacientes obesos después de haber tenido un ACV [1,2] y un menor riesgo de recurrencia, aunque los datos no son consistentes. Este fenómeno, denominado "paradoja de la obesidad", puede ser el resultado de confundidores desconocidos, y no es un argumento suficiente en contra la reducción de peso después de un ACV.

El estudio Look AHEAD (Acción por la Salud en DBT) en adultos con DBT2 mostró que los pacientes que tuvieron una reducción de peso sostenida por dieta y actividad física no redujeron los eventos CV.

Un ECA informó beneficio con cirugía bariátrica en comparación con el tratamiento estándar, pero el ACV no fue estudiado específicamente. [3]

Otro estudio realizado en adultos obesos que bajaron de peso marcadamente con una rápida reducción de la TA fue nocivo para el desarrollo de ACV. [4]

Las guías actuales concluyen que todos los pacientes con ACV o AIT debe indicarse que pierdan peso pero el beneficio de la pérdida de peso sigue siendo incierto. Quizás los pacientes que tengan una cirugía bariátrica sean probablemente los que más se beneficien.

1. Meschia J et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45:3754–3832.
2. Andersen KK, Olsen TS. The obesity paradox in stroke: lower mortality and lower risk of readmission for recurrent stroke in obese stroke patients. *Int J Stroke* 2015; 10:99–104.
3. Sjostrom L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial: a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med* 2013; 273:219–234.
4. Seimon RV, Espinoza D, Ivers L, et al. Changes in body weight and blood pressure: paradoxical outcome events in overweight and obese subjects with cardiovascular disease. *Int J Obesity* 2014; 38:1165–1171.

## Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV.

### Parte 2: El sedentarismo

Publicado el 19 de marzo

El sedentarismo aumenta la mortalidad total y la incidencia de ACV en un 25 a 30%, también en pacientes de edad avanzada y de alto riesgo. El beneficio de estar activo se observó independientemente del tipo de ejercicio (actividad física en el tiempo libre, deporte competitivo, o simplemente caminar). Algunos estudios mostraron una reducción sustancial del riesgo de ACV con el ejercicio más intenso [1]. Esto llevó a la más reciente recomendación de la Asociación Americana del Corazón (AHA)/Colegio Americano de Cardiología de realizar actividad aeróbica de moderada vigorosa durante al menos 40´ al menos 3-4 días a la semana para prevención primaria.

Los sobrevivientes de ACV pueden ser incapaces de participar en programas de ejercicios convencionales. Pero aún así, una revisión sistemática mostró que el entrenamiento aeróbico mejoró la movilidad, el equilibrio y la resistencia después del ACV. [2]

El ejercicio también puede mejorar la cognición, la fatiga, la confianza, la función ejecutiva, y la calidad de vida. [3,4]

Un ECA no mostró diferencias en relación a menor intensidad de ejercicio después del ACV. [5] En la actualidad, la recomendación es actividad aeróbica de baja a moderada intensidad, como caminar (40´ 3-4 veces/semana), fortalecimiento muscular, y actividades relacionadas con la tarea que venía haciendo y un programa integral, individualizado orientado conductualmente. [6,7]

[1] Williams PT. Reduction in incident stroke risk with vigorous physical activity. Evidence from 7.7-year follow-up of the National Runners' Health Study. *Stroke* 2009; 40:1921–1923.

[2] Saunders DH, Sanderson M, Brazzelli M, et al. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 10:CD003316.

[3,4] Chen MD, Rimmer JH. Effects of exercise on quality of life in stroke survivors: a meta-analysis. *Stroke* 2011; 42:832–837.

Saunders DH, Greig CA, Mead GE. Physical activity and exercise after stroke review of multiple meaningful benefits. *Stroke* 2014; 45:3742–3747.

[5] Langhammer B, Lindmark B, Stanghelle JK. Physiotherapy and physical functioning poststroke: exercise habits and functioning 4 years later? Long-term follow-up after a 1-year long-term intervention period: a randomized controlled trial. *Brain Inj* 2014; 28:1396–1405.

[6] Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR. AHA/ASA Guideline guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45:2160–2236.

[7] Billinger SA, Arena R, Bernhardt J, et al. Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45:2532–2553.

## **Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV.**

### **Parte 3: El tabaquismo**

**Publicado el 19 de marzo**

Un reciente meta-análisis informó un aumento del riesgo de ACV 25% por cada 10 cigarrillos diarios. [1]

Un año después de dejar de fumar, el riesgo se reduce a la mitad y a los 5 años, no parece haber un mayor riesgo de ACV en comparación con los no fumadores.

Los sobrevivientes de un ACV que siguen fumando muestran un doble de riesgo de recurrencia [2]. Su mayor riesgo de muerte se debe principalmente a una mayor mortalidad por cáncer.

Fumar también aumenta de 2 a 4 veces el riesgo de hemorragia subaracnoidea, pero su impacto en la hemorragia intracraneal es menos claro.

El tabaquismo pasivo puede duplicar el riesgo de ACV. [3]

Se denomina la "paradoja de fumar" a que los fumadores tienen mejores resultados en la trombolisis intravenosa e intracraneal.

[1] Mons U, Müezzinler A, Gellert C, et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *BMJ* 2015; 350:h1551.

[2] Kaplan RC, Tirschwell DL, Longstreth WT Jr, et al. Vascular events, mortality, and preventive therapy following ischemic stroke in the elderly. *Neurology* 2005; 65:835–842.

[3] Oono IP, Mackay DF, Pell JP. Meta-analysis of the association between secondhand smoke exposure and stroke. *J Public Health* 2011; 33:496–502.

## **Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV.**

### **Parte 4: El alcohol**

**Publicado el 19 de marzo**

El alcohol y el ACV isquémico tienen probablemente un riesgo en forma de J, con riesgo más bajo: 2 bebidas/día para hombres y 1 bebida/día para mujeres y riesgo más alto a medida que se toma más. [1]

Sin embargo la relación entre el consumo de alcohol y la hemorragia intracraneal es lineal. El aumento del consumo y el consumo excesivo de alcohol es claramente perjudicial y también aumenta el riesgo de hemiplejía recurrente.

El abuso de alcohol reciente también puede desencadenar un ACV isquémico. [2]

[1] Zhang C, Qin YY, Chen Q, et al. Alcohol intake and risk of stroke: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Cardiol* 2014; 174:669–677.

[2] Mostofsky E, Burger MR, Schlaug G, et al. Alcohol and acute ischemic stroke onset: the stroke onset study. *Stroke* 2010; 41:1845–1849.

## **Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV. Parte 5: El abuso de drogas**

**Publicado el 19 de marzo**

La cocaína, anfetaminas, el éxtasis, y la heroína aumentan tanto el ACV isquémico como el hemorrágico. Muchas de estas drogas pueden producir HTA grave y vasoespasmo cerebral, y algunos están relacionadas con vasculitis y endocarditis infecciosa.



## Modificación de estilos de vida para prevenir el ACV. Parte 6

Publicado el 19 de marzo

Los programas de intervención para modificar el estilo de vida

Algunos ECA de intervención en el comportamiento después del ACV mostraron un mejor control de los factores de riesgo vasculares mientras que otros no lo hicieron. [1,2]

Un meta-análisis mostró un impacto significativo en parámetros fisiológicos, estado de salud percibido y conocimiento del ACV, pero el riesgo de recurrencia no se redujo significativamente. [3]

Un ensayo de intervención sobre el estilo de vida japonés reciente fue detenido prematuramente debido a una disminución significativa de la presión arterial y una reducción de las recurrencias de ACV. [4]

Es evidente que se necesitan más cantidad de estudios de intervención con un n mayor y bien diseñados.

En general, la evidencia del efecto de la educación del paciente antes y después del ACV es aún escasa, que es la razón probable por la que este tipo de programas son raramente bien desarrollados en las unidades de ACV actuales.

[1] Joubert J, Reid C, Barton D, et al. Integrated care improves risk-factor modification after stroke: initial results of the Integrated Care for the Reduction of Secondary Stroke model. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009; 80:279–284.

[2] Wolfe CD, Redfern J, Rudd AG, et al. Cluster randomized controlled trial of a patient and general practitioner intervention to improve the management of multiple risk factors after stroke: stop stroke. *Stroke* 2010; 41:2470–2476.

[3] Lawrence M, Kerr S, McVey C, Godwin J. The effectiveness of secondary prevention lifestyle interventions designed to change lifestyle behavior following stroke: summary of a systematic review. *Int J Stroke* 2012; 7:243–247.

[4] Kono Y, Yamada S, Yamaguchi J, et al. Secondary prevention of new vascular events with lifestyle intervention in patients with noncardioembolic mild ischemic stroke: a single-center randomized controlled trial. *Cerebrovasc Dis* 2013; 36:88–97.

## PROFAM Azul

Publicado el 31 de marzo

A menudo los pacientes, amigos o familiares preguntan para que les demos consejo médico: ¿Cómo se baja de peso? ¿Qué debo hacer con respecto a este síntoma? ¿Qué pasa con este medicamento?

La mayoría de los síntomas, no son explicables, al menos hasta el nivel de detalle que todos parecen querer. "¿Por qué tengo estos síntomas?" amigos, familiares y pacientes preguntan: ¿Es un virus? ¿O son bacterias? ¿Se me habrá tapado una arteria?, mucho más complejo cuando dicen cosas que nunca estudiamos: ¡Yo nunca hago fiebre!, ¡me siento tñ floja!

A pesar de toda la ciencia y tecnología lo que hacemos los médicos es "acercar el bochin" y hacer conjeturas. Sobre todo en la atención primaria, a menudo es una cuestión de jugar con las probabilidades más que proporcionar información de un diagnóstico preciso.

Pero la prevención y la consejería es diferente. La mayor parte de la prevención es bastante sencilla. El consejo resuena bastante en la cabeza de los pacientes.

"... Si querés estar lo más saludable posible, esto es lo que tenés que hacer:

- Dormí lo suficiente.**
- Mové tu cuerpo durante todo el día.**
- Comé bien (una variedad de alimentos saludables. Sobre todo frutas y verduras plantas, y no demasiado.**
- No te quedés sólo. El aislamiento no es bueno para el cuerpo, el alma o la mente.**
- Tener un tiempo para reflexionar.**

### ¿Qué evidencia hay?

Recientemente se estudiaron zonas geográficas en el mundo llamadas "zonas azules del mundo". Si no escuchaste hablar de ellas, son los lugares en el mundo donde la gente es más longeva y tiene una vida más saludable.

La gente en estas comunidades suelen vivir más de 100 años:

- \* Okinawa, Japón
- \* Ikaria, Grecia
- \* Cerdeña, Italia
- \* Nicoya, Costa Rica

En estos lugares, la gente vive estos preceptos preventivos. Sus actividades diarias implican comer dietas saludables ricas en vegetales, caminan a la mayoría de los lugares, y tienen una gran interacción social intergeneracional.

Curiosamente, la gente en estas comunidades en general, bebe alcohol. Pero se limitan a uno o dos tragos al día. Además, comen muy poca carne, no comen azúcares refinados ni alimentos envasados.

<http://www.bluezones.com/speaking/dan-buettner/>

## Recomendación de AAS para prevención de enfermedades CV y cáncer colorrectal.

Publicado el 13 de abril

¡NO ES PARA TODOS!

La recomendación en algunos adultos de ALTO RIESGO que tengan entre 50 y 60 años.

- Con **al menos un 10% de riesgo de un evento CV en los próximos 10 años**
- Que sean de **bajo riesgo de sangrado**
- Con una **esperanza de vida de al menos 10 años**.

La decisión se debe acordar con los pacientes si estarían dispuestos a tomar aspirina todos los días durante al menos 10 años (grado de recomendación B).

Para los adultos entre 60-69 años que cumplan los criterios anteriores, la decisión de iniciar la aspirina debe ser acordada y personalizada (grado C).

Para los pacientes menores de 50 o mayores de 69 años, no hay suficientes pruebas para hacer recomendaciones (grado I).

Las recomendaciones son sensibles, pero se basan en muy pocos estudios de alta calidad. Los efectos de la aspirina son modestos, y la decisión de iniciar el tratamiento es ideal para la toma de decisiones compartida ya que existe cierta incertidumbre de los riesgos y beneficios.

IMPORTANTE

\* La AAS posee una reducción de riesgo relativo de IAM no fatal del 22%

PERO

\* NO ACTÚA sobre el ACV como así tampoco sobre la reducción de la mortalidad.

Y

AUMENTA UN 58% EL RIESGO DE SANGRADO GI.

<http://annals.org/article.aspx?articleid=2513179>

## ¡No auscultes las carótidas!

Publicado el 20 de abril

Rastreo de enfermedad carotídea **en individuos asintomáticos.**

El Grupo de Tareas de Servicios Preventivos de EE.UU. (USPSTF) declara que **NO se recomienda rastrear auscultatoriamente (ni tampoco con eco) las carótidas en pacientes asintomáticos.**

No hay ningún beneficio.

El riesgo atribuible de ACV en la población mayor de 60 años con estenosis carotídea es de 0,9%.

La prevalencia de la estenosis carotídea asintomática tendría que ser 14 veces mayor para llegar a un nivel similar al de la hiperlipidemia y más de 100 veces mayor para alcanzar un riesgo similar al de la HTA.

La presencia de un soplo en el cuello NO identifica los que tienen una importancia clínica de estenosis.

La detección de una enfermedad o condición es racional sólo si su identificación tiene un efecto significativo en el tratamiento del paciente.

Los estudios epidemiológicos llevados a cabo durante las últimas 3 décadas, como el del Condado de Evans en Georgia, llegó a concluir que un soplo cervical anterior es un indicador de aterosclerosis generalizada y es un factor de riesgo mayor para la muerte por cardiopatía coronaria que ACV.

Pero el seguimiento de esos soplos NO SE CORRELACIONÓ con el tipo, ubicación y frecuencia del ACV.

Los ensayos clínicos que comparan la endarterectomía carotídea con el mejor tratamiento médico se llevaron a cabo hace más de 30 años.

Sobre la base de estos ensayos, las directrices actuales recomiendan la revascularización en pacientes seleccionados con estenosis carotídea. Sin embargo, los tratamientos médicos han evolucionado desde que se llevaron a cabo estos ensayos clínicos. El estudio CREST2 (endarterectomía revascularización vs stent) está reevaluando el beneficio tanto de la endarterectomía carotídea como de la colocación de stents.

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx...>

## El rastreo "preventivo" de la enfermedad carotídea.

Publicado el 21 de agosto

Para que una enfermedad pueda ser rastreada es necesario que cumpla con los criterios que describieron Frame y Carlson en la década del '80.

Entre ellos es que tenga tratamiento y que el mismo sea mejor realizarlo en la etapa preintomática que en la sintomática.

El tratamiento de pacientes asintomáticos con estenosis carotídea es dudoso y tiene graves consecuencias.

En Estados Unidos, casi el 90% de las intervenciones de carótida en la población de Medicare se realizan en pacientes asintomáticos. El porcentaje en Dinamarca es del 0%.

El Estudio del JAMA Neurology:

Un estudio (1) se propuso determinar el riesgo de progresión a la oclusión completa de las lesiones carotídeas asintomáticas y si la oclusión total aumentaba el riesgo de ACV.

Este grupo siguió a más de 3500 pacientes por más de 20 años. Les hicieron ecos anuales y utilizaron los datos de 316 pacientes que estaban asintomáticos al momento de la oclusión total de la arteria carótida.

En 2002, se intensificó el tratamiento médico basado en la medición de la placa.

Sus resultados fueron sorprendentes. La mayor parte de las nuevas oclusiones (80%) ocurrieron antes de 2002. Sólo un paciente (0,3%) tuvo un ACV ipsilateral en el momento de la oclusión total, y tres pacientes (0,9%) tuvieron ACV ipsilateral durante el seguimiento.

Ni el porcentaje de estenosis ni la oclusión contralateral anterior predijeron eventos.

En la editorial que acompañó al mismo, los autores compararon el riesgo de sufrir una ACV con el de las intervenciones carótidas.

En la carótida revascularización por endarterectomía vs colocación de un stent (Estudio CREST), el riesgo a 30 días de ACV o muerte fue del 2,5% para el primero y el 1,4% para el stent en pacientes asintomáticos.

En un estudio [2] del mundo real los pacientes de Medicare tuvieron al 1 año un riesgo de ACV o muerte de un 16,7% para endarterectomía y 11,0% para stent.

El punto es obvio: el tratamiento médico actual de la enfermedad carotídea asintomática ofrece un muy bajo riesgo de accidente cerebrovascular y se prefiere a cualquier intervención.

La progresión de la estenosis NO es predictiva de un evento cerebral y la intervención es más dañina.

NO es conveniente el rastreo de este problema en personas asintomáticas.

[1] <http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx...>

[2] Wang FW, Esterbrooks D, Kuo Y-F, Mooss A, Mohiuddin SM, Uretsky BF. Outcomes after carotid artery stenting and endarterectomy in the Medicare population. Stroke 2011; 42:2019-2025.

## Recomendación de vacunación contra tétanos, difteria y pertussis en adultos (vacuna triple bacteriana acelular)

Publicado el 31 de Diciembre 2015

En 2012, a partir del registro de un aumento en la incidencia de casos de tos convulsa (pertussis) y de mortalidad por esta patología en menores de 1 año, el Ministerio de Salud de la Nación extendió una alerta epidemiológica recomendando enérgicamente mejorar las coberturas de vacunación del Calendario Nacional de los niños, sensibilizar la sospecha clínica y notificación ante la detección de signos y síntomas compatibles con la enfermedad y garantizar la investigación epidemiológica y las acciones de control ante todo caso sospechoso en forma inmediata.

Como estrategia complementaria y teniendo en cuenta las coberturas de vacunación subóptimas, la pérdida natural de anticuerpos post vacunación y la falta de inmunidad duradera luego de la infección natural, el Programa Nacional de Inmunizaciones recomienda vacunar con vacuna triple acelular (dTpa) a aquellas poblaciones seleccionadas con más riesgo de propagar la infección a los lactantes.

- **Embarazadas:** a partir de la vigésima semana de gestación. A las puérperas que no la hubieran recibido durante su embarazo, se les deberá indicar una dosis antes de su egreso de la maternidad.
- **Personal de la salud:** que presta cuidado a niños <12 meses, se recomienda la administración de una dosis única de dTpa en reemplazo de uno de los refuerzos de dT.
- **Convivientes de recién nacidos prematuros con peso menor de 1.500 gr.**

De acuerdo con normas internacionales y por fuera del Calendario Nacional se recomienda reemplazar un único refuerzo de dT por una dosis de dTpa como parte de la puesta al día de la vacunación en adultos (aprovechar oportunidad de vacunar en prequirúrgicos, pretrasplante, padres de recién nacidos, controles de salud).

## Nuevo esquema de vacunación antipolio.

Publicado el 25 de abril

Los basamentos de este cambio están motivados por la evolución de la epidemiología de la enfermedad en el mundo. La poliomielitis parálitica está focalizada en África y el sudoeste asiático (Pakistán y Afganistán), donde aún circulan el poliovirus 1 salvaje (PV1) y en menor medida un poliovirus derivado de cepas vacunales, relacionado genéticamente con el PV2. Se suma a esto que el último caso de PV2 salvaje fue denunciado en la India en 1999, que significó la certificación de su erradicación el 20 de septiembre de 2015. El tipo 3 no se ha encontrado desde 2012.

Por ello, la OMS decidió en 2014 la eliminación de la cepa 2 de la tVPO y producir una vacuna bivalente (bVPO) con las cepas 1 y 3, con el fin de eliminar y erradicar la circulación del PV2.

La fase final del Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis 2013-2018, contempla realizar de manera simultánea la erradicación del virus salvaje y la eliminación del virus de la vacuna oral. Los objetivos son:

- 1- Detectar e interrumpir la transmisión de los virus de la poliomielitis.
- 2- Fortalecer los sistemas de inmunización y retirar la VPO.
- 3- Contener los virus de la poliomielitis y certificar la interrupción de su transmisión.
- 4- Planificar el aprovechamiento del legado de la lucha contra la poliomielitis.

Una vez que los tipos 1 y 3 sean erradicados se planea retirar también la bVPO (2019-2020).

POLIOMIELITIS

**Nuevo esquema  
de vacunación**

CALENDARIO DE VACUNACIÓN				
2 MESES	4 MESES	6 MESES	15-18 MESES	5-6 AÑOS
				

 Salk inyectable     Sabin oral bivalente

0800-222-1002  
msal.gob.ar

 **Ministerio de Salud**  
Presidencia de la Nación

## Refreshando: Indicación Vacuna Antigripal

Publicado el 30 de mayo

Todas las personas mayores de 65 años.

Todas las mujeres embarazadas (en cualquier momento de la gestación).

Todas las mujeres que tienen bebés menores de 6 meses (que no hayan recibido la vacuna durante el embarazo).

Todos los niños de entre 6 y 24 meses inclusive.

Niños y adultos que tienen entre 24 y 64 años con ciertas afecciones crónicas:

- Enfermedades crónicas pulmonares (incluyendo asma).
- Enfermedades cardiovasculares (excepto HTA).
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas:
  - a. Infección por VIH
  - b. Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides a altas dosis (más de 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días).
  - c. Inmunodeficiencia congénita.
  - d. Asplenia (falta de bazo) funcional (quienes tienen bazo pero no les funciona) o anatómica (quienes no lo tienen porque se los sacaron quirúrgicamente).
  - e. Desnutrición severa.
  - f. Pacientes con algún tipo de cáncer, enfermedad oncohematológica o trasplantados.

Otros:

→ Obesos (con índice de masa corporal mayor de 40), DBT, pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis, retraso madurativo severo en menores de 18 años, síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves.

→ Pacientes menores de 18 años que reciben tratamiento crónico con aspirina.

→ Convivientes o contactos estrechos de enfermos onco-hematológicos, contactos estrechos con niños menores de 6 meses (convivientes y cuidadores en jardines maternos).

→ Personal de salud.



## Vacuna Antineumocóccica. ¿Cual dar? ¿A quiénes?

Publicado el 1 de julio

En los menores de 2 años se da la C13 por calendario nacional (2, 4 y 12 meses). Tanto la ACIP (ente regulador de vacunas de los EEUU) como el Ministerio de Salud de Argentina, a través de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn) consideran que existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la C13 en adultos inmunocomprometidos o pertenecientes a grupos de riesgo y también en adultos sanos mayores de 65 años. Si bien la C13 está autorizada NO es parte del calendario.

Existen muchas voces divergentes que cuestionan el uso masivo de la C13 en mayores de 65 años sanos ya que la evidencia disponible no permite definir claramente si dicha vacuna (C13) agrega beneficios cuando se la asocia (o reemplaza) a la P23. Además, la vacunación con la C13 no demostró reducir significativamente la tasa global de neumonías adquiridas en la comunidad ni la mortalidad por enfermedad neumocóccica.

Precio de la Prevenar13: \$900

Precio de la Pneumo23: \$400

### Indicaciones de vacunación según población de riesgo

Población	Vacunación	Refuerzo
Inmunocomprometidos y con factores de riesgo *	VCN13 seguida de VPN23 con intervalo de 8 semanas Si VPN23 previa, aplicar VCN con intervalo de 1 año	A los 5 años VPN23 y otra a los 65 años (con intervalo de 5 años desde la última dosis)
Comorbilidades +	VPN23	VPN23 a los 65 años (con intervalo de 5 años desde la última dosis)
Mayores de 65 años	VPN23	No requiere

\* Inmunocomprometidos y con factores de riesgo:

- inmunodeficiencias congénitas o adquiridas,
- infección por VIH
- insuficiencia renal crónica y síndrome nefrótico
- leucemias , linfomas y otras enfermedades neoplásicas
- inmunodepresión farmacológica
- trasplante de órgano sólido
- asplenia funcional o anatómica
- anemia de células falciformes
- implante coclear
- fístula de LCR

+ Comorbilidades

- cardiopatía crónica
- enfermedad pulmonar crónica
- diabetes mellitus
- alcoholismo
- enfermedad hepática crónica
- tabaquismo

## Vacuna contra el herpes zoster

Publicado el 3 de octubre



### La vacuna contra el herpes zoster



La vacuna contra el herpes zoster probablemente reduce la incidencia de h zoster por lo menos 3 años en personas mayores de 60 años. Es bien tolerada y con pocos efectos adversos



La revisión Cochrane consistió en 13 estudios con casi 70.000 personas que comparó vacuna antizoster vs vacuna placebo

[uk.cochrane.org](http://uk.cochrane.org) | [@CochraneUK](https://twitter.com/CochraneUK) | [#CochraneEvidence](https://www.cochrane.org/evidence) [#EEHealthChoices](https://www.cochrane.org/health) <http://bit.ly/2deNATo>



## Vacunas y convulsiones febriles.

Publicado el 12 de junio

El médico de familia promedio podría esperar ver una convulsión febril cada 5 a 10 años, por la administración de la vacuna antigripal inactivada junto con la antineumocócica.

La administración concomitante de la vacuna inactivada de la gripe y la vacuna anti-neumocócica conjugada en lactantes y niños pequeños se asocia con un riesgo ligeramente elevado de convulsiones febriles.

La mayoría de las veces se aplican estas vacunas al mismo tiempo por conveniencia y cumplimiento.

Los beneficios de las vacunas superan claramente el pequeño aumento del riesgo de convulsiones febriles postvacunación, y el retraso en la administración de las vacunas aumenta el riesgo de infecciones prevenibles.

Se publicó un estudio (1) que, utilizando datos de 2006-2011 del CDC, evaluaron el riesgo de convulsiones febriles en lactantes y niños de 6-23 meses que habían recibido al menos una vacuna en las 24 horas anteriores (intervalo de riesgo).

Los niños con convulsiones febriles 14-20 días después de la vacunación (intervalo de control) sirvieron como grupo de control.

Los investigadores identificaron 333 niños con convulsiones febriles confirmados, 103 en el intervalo de riesgo y 230 en el intervalo de control.

El riesgo de convulsiones febriles se elevó cuando se le dieron al mismo tiempo la vacuna antigripal y antineumocócica (exceso de riesgo, 24 convulsiones por cada 100.000 niños vacunados) o una DTPa (exceso de riesgo, 16 por 100.000) o ambas (exceso de riesgo, 30 por 100.000) en comparación con la administración de la vacuna en días separados.

El riesgo de convulsiones febriles no fue elevado cuando se administró solamente la antigripal. Hay que recordar que las enfermedades prevenibles con vacunas resultan en altas tasas de fiebre y convulsiones asociadas. A pesar de que una convulsión febril puede ser muy molesta, no hay efectos a largo plazo, lo que no es lo mismo que muchas de las enfermedades prevenibles por vacunación.

(1) <http://pediatrics.aappublications.org/.../06/02/peds.2016-0320>

(2) <http://www.sap.org.ar/index.php/contenidos/detalle/id/185>

## ¿Cuándo vamos a dejar de tratar al hueso y comenzar a realizar programas de prevención de caídas en nuestra población?

Publicado el 30 de abril

Un gran estudio poblacional de mujeres de  $\geq 65$  años mostró que el **85%** de todas las fracturas por traumatismo **NO FUERON ATRIBUIBLES A OSTEOPOROSIS**. (1)

Además, aunque la DMO esté, en promedio, asociada con el riesgo de fractura, el valor añadido del mismo en comparación con los factores de riesgo clínico sigue siendo escaso.

La capacidad de la DMO para predecir las fracturas de cadera disminuye sustancialmente con el aumento de la edad.

Por ejemplo, el riesgo relativo de fractura de cadera aumentó 13 veces de 60 a 80 años de edad, tanto en hombres y mujeres, mientras que el declive relacionado con la edad en la DMO predice solamente el doble de riesgo.

Un aumento de 44 veces en la incidencia de fracturas de cadera de 55 a 85 años de edad fue reportado en mujeres suecas, para lo cual el impacto de la edad era 11 veces mayor que el de la DMO.

También está bien establecido que el hueso se deteriora con la edad, pero tené en cuenta que incluso UN HUESO DÉBIL PUEDE SOBREVIVIR A LA VIDA NORMAL sin carga excepcional causada por una caída.

Las fracturas son causadas principalmente por las caídas, incluyendo el caso de fracturas vertebrales.

Por lo tanto, la pregunta:

**¿Tiene problemas de equilibrio?**, puede predecir casi el 40% de todas las fracturas de cadera, mientras que la osteoporosis predice <30%.

En cuanto a la incidencia de fracturas distinta entre mujeres y hombres, la mayor incidencia en mujeres es atribuible a una mayor incidencia de caídas, NO A UN DESCENSO DE LA DMO.

El riesgo de caídas aumenta con la edad y la reducción de la función física, y caídas son muy comunes entre la población de más edad:

Casi un tercio de los individuos sanos de 65 años o más, y la mitad de los mayores de 80 o más caerán al menos una vez al año.

Sin embargo, sólo 5% de las caídas resultarán en fractura, y sólo 1% en una fractura de cadera.

Una explicación para el aumento del riesgo de caídas en personas mayores es la debilidad muscular, no sólo por disminución de la masa muscular, sino también por la reducción de la fuerza muscular y la energía, como consecuencia de la pérdida de fibras musculares, degeneración grasa y cambios fibróticos, y una disminución del número de unidades motoras musculares.

La densidad muscular (no sólo el tamaño muscular), es un determinante importante del riesgo futuro de fractura de cadera. El peso del músculo esquelético comprende  $\sim 45\%$  del peso corporal a los 21-30 años de edad, pero se reduce a  $\sim 27\%$  después de los 70 años. Durante el envejecimiento, la fuerza muscular del cuádriceps se reduce en promedio un 40%. Lo más probable es que la pérdida de masa muscular relacionada con el envejecimiento y la reducción de equilibrio contribuyan al riesgo de fractura a través de que se es más propenso a caer.

Esto podría, al menos en parte, explicar el valor predictivo relativamente pobre de la pérdida ósea en la identificación de las personas en riesgo de sufrir fracturas en la vejez.

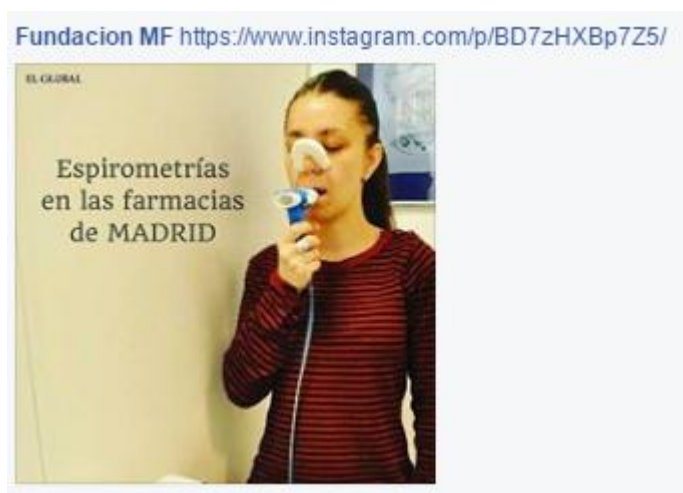
(1) Stone KL, Seeley DG, Lui LY et al. BMD at multiple sites and risk of fracture of multiple types: long-term results from the Study of Osteoporotic Fractures. J Bone Miner Res 2003; 18:1947-54.

## Te acordás de esa propaganda de pedir espirometría...

Publicado el 8 de abril

La Fuerza de Tareas acaba de actualizar la recomendación ratificando NO RASTREAR para EPOC.

Población	Recomendación	Grado de evidencia
Adultos asintomáticos	No rastrear EPOC	<b>D</b>



<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2510916>

## Rastreo con ECG a adultos. Recomendaciones de la Fuerza de Tarea Americana (USPSTF).

Publicado el 14 de junio

La predicción del ECG en personas asintomáticas es mala. No predice la aparición de eventos coronarios y además, en algunos casos, un ECG normal puede no revelar anomalías congénitas potencialmente peligrosas, y en otros casos, un ECG anormal puede ser debido a un engrosamiento de las paredes miocárdicas normal en deportistas.

Población	Recomendación	Grado
Adultos en bajo riesgo	Recomendación en contra de realizar ECG o prueba de esfuerzo a pacientes asintomáticos para predecir eventos coronarios.	<b>D</b>
Adultos en riesgo intermedio o alto	Evidencia insuficiente para valorar beneficios y/o daños de rastrear con ECG a población de riesgo intermedio o alto para predecir eventos coronarios.	<b>I</b>

## Rastreo de Sífilis en adultos y adolescentes en riesgo.

### Recomendación de la Fuerza de Tarea Americana (USPSTF).



Publicado el 15 de junio

El riesgo aumentado para la Fuerza de Tareas se lo adjudica a:

- \* Hombres que tienen sexo con hombres y
- \* Personas con VIH.

Estos dos grupos tienen el mayor riesgo de infección por sífilis; 75% de los casos de sífilis primaria y secundaria se produce entre los primeros, y casi la mitad de esos hombres también están coinfectados con VIH.

Sin embargo, aclara, otros factores deberían jugar a la hora de pedir el rastreo, hombres bisexuales, personas en prisión, trabajadores sexuales. Rastrear a población sin riesgo resultará en gran número de falsos positivos.

Rastreo de infección por sífilis	
<p><b>Población</b></p>  <p><b>Adolescentes y adultos no embarazadas en riesgo</b></p>	<p><b>Recomendación de la Fuerza de Tareas Americana</b></p>  <p><b>Recomendada</b></p>

## Rastreo de glucemia en pacientes con sobrepeso u obesos

Publicado el 29 de agosto

Población	Recomendación	Grado
Adultos de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad	Rastreo de glucosa como parte de la estadificación CV en personas con obesidad o sobrepeso de 40-70 años. Asimismo a los pacientes con glucemia anormal se les debe recomendar y ofrecer ayuda para cambiar estilos de vida en dieta y actividad física en forma intensiva.	<b>B</b>

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/screening-for-abnormal-blood-glucose-and-type-2-diabetes>



## Rastreo de dislipemias en adultos jóvenes

Publicado el 23 de octubre

**NO** hay evidencia directa sobre los riesgos y beneficios de la detección o el tratamiento de la dislipemia en adultos jóvenes.

La estimación de los efectos potenciales de la detección de la dislipemia en esa población (21 a 39 años) requiere extrapolación a partir de estudios realizados en adultos mayores.

<http://annals.org/aim/article/2542527/screening-dyslipidemia-younger-adults-systematic-review-u-s-preventive-services>

## ¿Sirve rastrear aneurisma de aorta abdominal con ecografía?

Publicado el 5 de noviembre

¡La mortalidad por ruptura del aneurisma aórtico abdominal sigue siendo elevada aún con el rastreo!

Este ensayo clínico aleatorizado [1] reclutó hombres entre 64 a 83 años entre el 1 de abril de 1996 y el 31 de marzo de 1999, con una media de 12,8 años de seguimiento (rango, 11,6-14,2 años) incluyó una muestra poblacional de una Región metropolitana en Australia Occidental identificados a través del padrón electoral.

### Resultados

De 19249 hombres invitados a rastreo, 12203 (63,4%) asistieron.

Hubo más operaciones electivas (536 vs 414,  $P < 0,001$ ) y menos ruptura de AAAs (72 vs 99,  $P = 0,04$ ) en el grupo invitado en comparación con el grupo control.

En cuanto al número de muertes, se produjeron 90 muertes por AAA en el grupo invitado (tasa de mortalidad, 47,86 por 100000 años-persona, IC del 95%, 38,93-58,84) y 98 en el grupo control (52,53 por 100000 años-persona, IC del 95% , 43,09-64,03) Ver tabla.

El número necesario para invitar a la detección para prevenir 1 muerte de un AAA en 5 años fue 4784 para hombres de 64 a 83 años y 3290 para hombres de 65 a 74 años.

No hubo diferencias significativas en los riesgos de todas las causas, cardiovasculares y otros tipos de mortalidad.

El rastreo de población seleccionada no tuvo un efecto significativo sobre la mortalidad general por AAAs.

### Muertes entre 64 y 83 años

Variable	Grupo control (n 19231)	Grupo invitado (n 19249)
Muertes por AAA		
• Después de la Cx electiva	17	18
• Ruptura del aneurisma	19	16
• Ruptura aneurismática sin Cx	55	46
• Muertes tardías por AAA	7	10
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>90</b>

[1] <http://jamanetwork.com/.../jamainter.../article-abstract/2575883>

Consejos para tus pacientes (y para nosotros también) I

Publicado el 4 de marzo 2016



## Consejos para tus pacientes (y para nosotros también) II

Publicado el 4 de marzo 2016

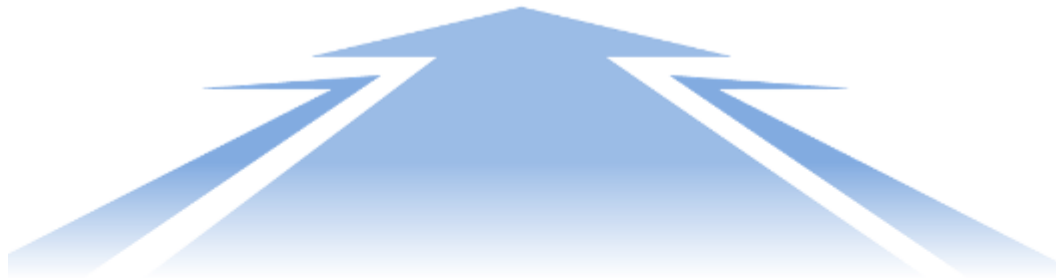
El 75% ya está en los alimentos



6 gr por día  
(1 cucharadita de té)

Consejos para tus pacientes (y para nosotros) III

Publicado el 15 de marzo



Caminar sólo 2 horas/semana puede reducir las probabilidades de morir prematuramente por enfermedad cardiovascular hasta en un **53%**

**Si tu paciente se tiene que hacer una medición de colesterol decile esto (para mejorar la precisión de la prueba)**

- Que se tome la muestra de sangre a la misma hora que la vez anterior comiendo de manera similar, y haciendo lo mismo (actividad física, medicación, etc.) que los días previos.
- Sentarse durante al menos cinco minutos antes de extraerse sangre y permanecer sentado durante el procedimiento.
- Informe a su médico si tuvo fiebre o cualquier medicamento que tomó al momento de la prueba.

## Consejos para tus pacientes (y para nosotros) V

Publicado el 19 de junio

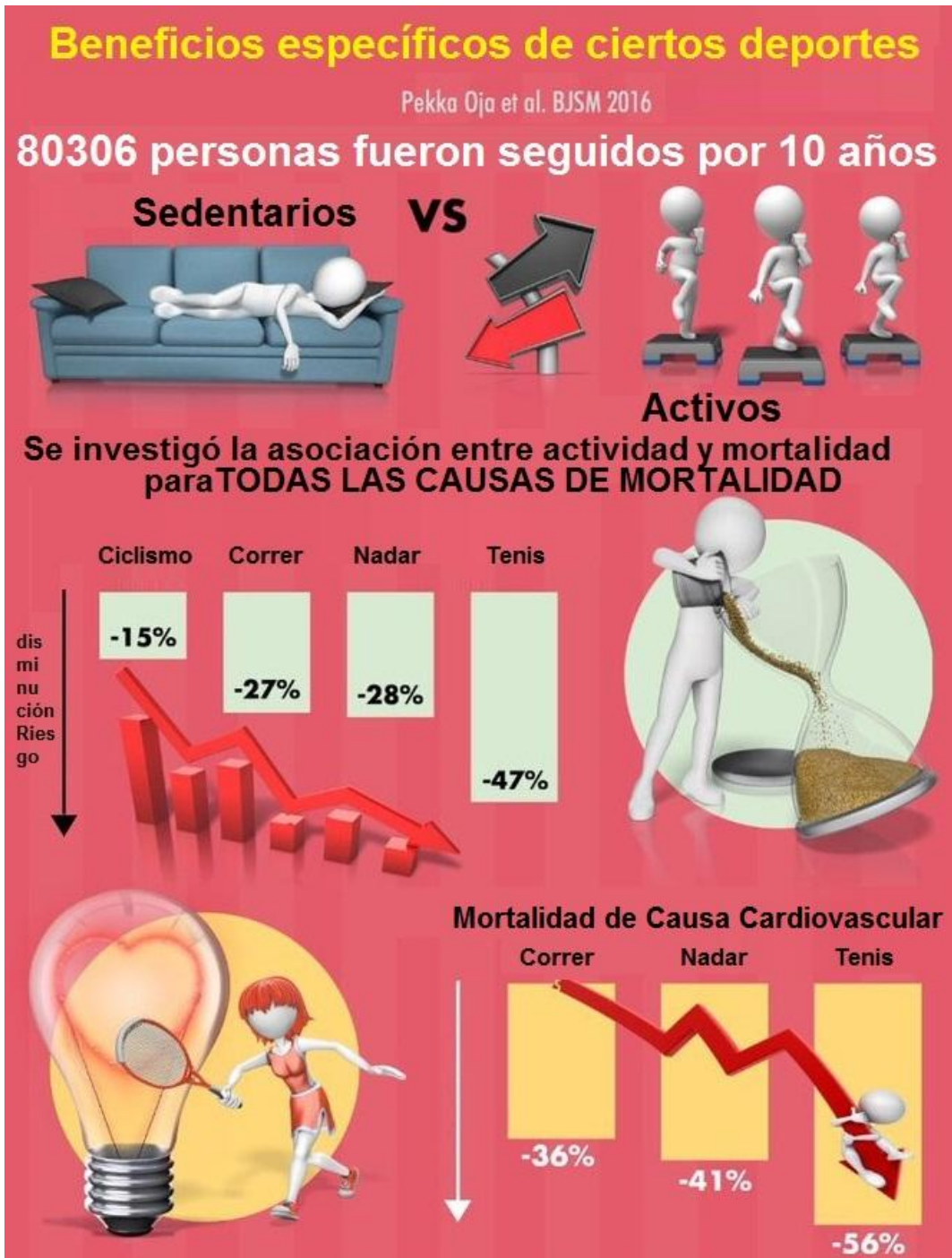
- La actividad física puede reducir el riesgo de morir por enfermedad cardíaca en un 40-50%.  
¡Vale la pena hacerse tiempo este fin de semana!



## Deporte y reducción de mortalidad

Publicado el 2 de diciembre

Cualquier deporte disminuye la mortalidad. Pero si querés saber cuál es el que más la baja... Vamos Delpo!





## ¿Cuánto previene la Vitamina D una fractura?

Publicado el 18 de junio

Si una persona con alta probabilidad de fractura (15%) toma Vitamina D por los próximos 10 años sólo evitará 1 de 50 fracturas.

<http://www.med.ualberta.ca/.../vitamin-d-may-not-be-the-great...>

## Salud del Niño

---

## **Como tiene muchos berrinches le prendo la televisión o le doy la tablet. El uso de la tecnología móvil para calmar a los niños:**

**Publicado el 4 de marzo 2016**

Cuántas veces escuchamos esto en el consultorio y la verdad es que no sabemos si eso está bien o está mal.

Algunos padres de bebés y niños pequeños con conducta difícil pueden utilizar de manera desproporcionada la televisión y elementos tecnológicos como calmantes.

¿En qué medida las tecnologías (celulares, play, tabletas) se utilizan para este propósito?

Un trabajo cualitativo previo con los padres ha sugerido que los mismos perciben que ellos pueden establecer límites en relación al uso.

Para determinar si esta percepción es correcta se realizó un estudio (1).

Se encuestó 144 padres de habla española o inglesa de niños sanos de 15 a 36 meses de edad que fueron reclutados de una zona urbana de atención primaria.

Este análisis transversal mostró asociaciones significativas entre el aumento de las dificultades sociales y emocionales

en los niños pequeños y la tendencia de los padres de bajos ingresos a utilizar la tecnología móvil para calmar a sus hijos, o mantenerlos en silencio, en particular los padres que expresaron una percepción de menor control sobre el comportamiento y el desarrollo de sus hijos.

También pensó que puede haber causalidad inversa para explicar este hallazgo (es decir, la exposición a la tecnología puede afectar al niño en el desarrollo social y emocional),

Los resultados son incipientes para sacar conclusiones adecuadas pero las conductas de los padres apuntan hacia ello por que aparecen los nativos digitales con sus hijos.

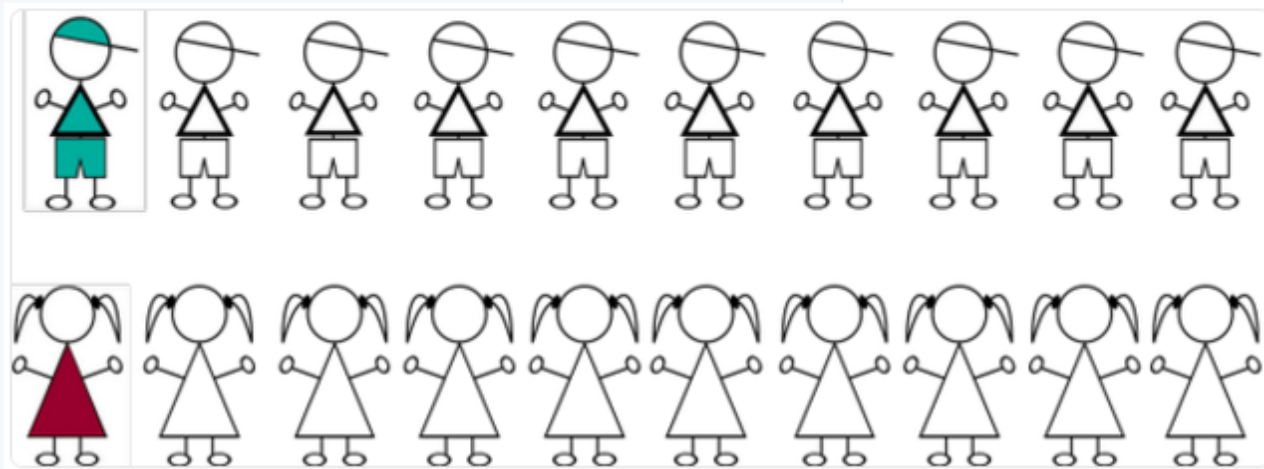
Por ahora hay que ver como sigue la película...

(1)[http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx...|article\\_engagement&utm\\_campaign=article\\_alert&linkId=21855224](http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx...|article_engagement&utm_campaign=article_alert&linkId=21855224)

## Sedentarismo en niños. Datos del Reino Unido

Publicado el 6 de abril

**En niños de 2 a 4 años,  
sólo 1 de 10 realiza  
3 horas/día de "juegos activos"**



<https://www.gov.uk/.../public.../uk-physical-activity-guidelines>

## Actividad física para niños y adolescentes

Publicado el 12 de abril

### Actividad física para niños y jóvenes 5 a 18 años

Se aconseja distribuir las a lo largo del día

Se aconseja que las realicen hasta que sientan falta de aire o entren en calor

**60 min**

Incluye actividades de fuerza 3 veces por semana

Sentarse menos

Moverse más

The infographic is a vertical poster with a light grey background. At the top, the title 'Actividad física para niños y jóvenes 5 a 18 años' is centered. Below the title, two dark grey curved boxes contain advice: 'Se aconseja distribuir las a lo largo del día' on the left and 'Se aconseja que las realicen hasta que sientan falta de aire o entren en calor' on the right. In the center is a large orange clock face with '60 min' written on it. Below the clock, there are two columns of activity icons. The left column has icons for walking, swimming, and strength exercises. The right column has icons for cycling, playing basketball, playing soccer, and playing table tennis. A central teal box contains the text 'Incluye actividades de fuerza 3 veces por semana'. At the bottom, there are two horizontal bars: the left one says 'Sentarse menos' with an icon of a person sitting on a bench and a downward arrow, and the right one says 'Moverse más'.

## **En los niños NO hay que rastrear DBT.**

**Publicado el 21 de abril**

Cuando pensás en el diagnóstico de DBT en un niño o adolescente: Asumí que es DBT I

Pensá en la posibilidad de DBT 2 sobretodo en jóvenes con:

1. Fuerte historial familiar de DBT 2.
2. obesos.
3. de origen familiar etnia afro descendiente o asiático.
4. Presentan signos de resistencia a la insulina (por ej., acantosis nigricans).

Considerar medir péptido C después de la presentación inicial si hay dificultad para distinguir entre DBT 1 y otros tipos de diabetes.

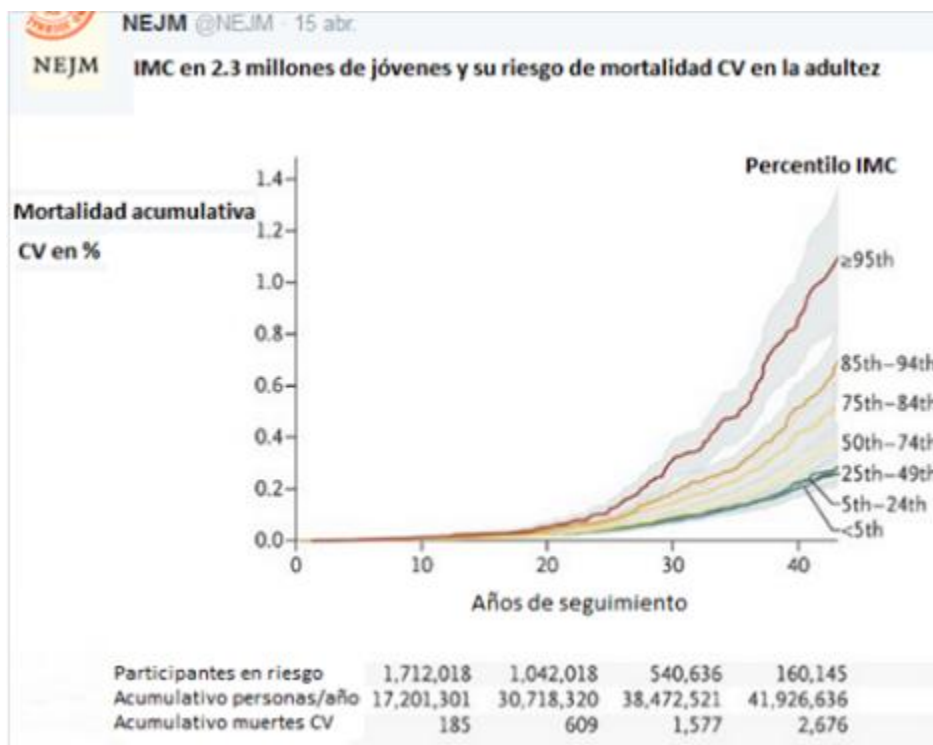
Las concentraciones de péptido C tienen mejor valor discriminativo cuanto mayor sea el intervalo entre la presentación inicial y la prueba.

## Adolescentes con > IMC tienen más riesgo CV

Publicado el 28 de abril

2.3 millones de adolescentes seguidos de 1967 al 2010

A más IMC más riesgo CV



<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1503840>

## Enuresis nocturna

Publicado el 8 de junio

Varios factores provocan enuresis nocturna (EN) , ya sea de forma aislada o en combinación.

### → Preguntar por antecedentes familiares:

Puede haber un antecedente familiar importante. Si uno de los padres lo tuvo, la probabilidad de que el niño tenga enuresis nocturna puede ser cercana al 45%, y esta proporción se eleva al 77% si ambos padres lo tuvieron.

### → Preguntar por síntomas de vejiga hiperactiva:

Normalmente, la distensión de la vejiga hace despertar al niño a orinar, pero en la enuresis el niño suele tener un sueño profundo y no reacciona ante este estímulo.

Una vejiga hiperactiva puede causar síntomas durante el día, pero los síntomas son más pronunciados en la noche debido a la falta del reflejo del despertar.

La vejiga hiperactiva puede dar lugar a una vejiga con pequeña capacidad funcional, con una incapacidad de contener cantidades normales de la producción nocturna de orina.

La producción de orina es menor por la noche, pero en la EN puede ser mayor de lo normal. El estrés también es un factor agravante.

### → Preguntar por ronquidos nocturnos:

La EN puede ocurrir en varias otras circunstancias, tales como obstrucción de la vía aérea superior. Los ORL reportan resolución de la EN al aliviar la obstrucción de la vía aérea superior en niños con hiperplasia adenoidea.

→ **Preguntar por constipación:** Puede causar EN secundaria o, si persiste puede causar EN primaria. Una de las razones puede ser debida a la compresión del recto-sigma por la vejiga. El estreñimiento se debe buscar y tratar activamente en todos los niños con EN.

→ **Los niños con DBT mellitus e insípida aumenta el riesgo de EN.**

→ **Los niños con disfunción neurológica menor también son más vulnerables a EN.** Y los niños con trastornos de desatención son 2,7 veces más propensos a tener EN que la población pediátrica general. Los medicamentos para el TDAH también puede afectar EN.

→ Los niños de 7 años de edad con función normal de la vejiga deben orinar 5-7 veces al día, con un consumo de líquido de alrededor de 1,2 litros repartidos de manera uniforme durante todo el día. También debería preguntarse acerca de ingesta de irritantes de la vejiga, tales como jugos, bebidas gaseosas y bebidas con cafeína.

## ¿Qué hacer?

Cómo primera línea, un diario de evacuación y evaluación urodinámica no invasiva son necesarias. Abordar síntomas significativos durante el día puede ayudar a la resolución de EN.

La capacidad de la vejiga para los niños < de 11 años se calcula utilizando la fórmula= edad + 1 x 30, por lo que un niño de 7 años debe tener una capacidad vesical de alrededor de 240 ml.

A esta edad la producción de orina durante la noche es de unos 200 ml, muy por debajo de la capacidad normal de la vejiga.



En general, el tratamiento para EN no se inicia normalmente hasta los 7 años de edad. La administración se basa en la etiología subyacente. Es importante advertir a los padres y al niño que el tratamiento puede prolongarse - no hay una solución rápida.

El niño debe ser contenido en la primera visita y hablarle que esto es frecuente.

El reaseguro es importante, porque en la mayoría de los niños la EN se resuelve espontáneamente o con la ayuda de intervenciones.

A los 16 años sólo el 1% aún se orinan en la cama.

Es importante determinar el grado de motivación del niño para el tratamiento, y excluir los factores psicosociales.

Se ha reconocido que en niños mayores de 10 años, la EN en sí, puede causar problemas psicológicos y dificultades de adaptación social. Esta es una fuerte indicación de intervenir tan pronto como el niño esté listo para recibir tratamiento. Una evaluación del impacto psicológico de la EN son: preguntar acerca de las burlas y la evitación de dormir fuera de casa o viajes escolares.

Se deben observar las respuestas verbales y el lenguaje corporal del niño a estas preguntas.

Una ingesta adecuada de líquidos uniformemente distribuidos durante el día es importante, y debe fomentarse la evacuación. La ingesta de líquidos no debe hacerse más allá de la cena evitando los irritantes de la vejiga.

Las alarmas de cama son eficaces en la EN, con una cura duradera de alrededor del 40% de los casos después de 6-8 semanas. En un primer momento, la alarma puede despertar al resto de la familia en lugar de que despierte al niño, causando estrés.

La poliuria nocturna puede beneficiarse del tratamiento con desmopresina antidiurética. Si se usa sólo puede tener un porcentaje de éxito del 60%, pero conlleva una alta tasa de recaída después de su uso a corto plazo. A veces, algunas familias prefieren utilizarlo para ocasiones específicas tales como las vacaciones o cuando el niño duerme fuera de su casa.

## **ERGE en lactantes.**

Publicado el 11 de julio

### **Diagnóstico**

El cuadro de regurgitación transitoria y vómitos en los bebés es común, por lo general leve, autolimitado y no requiere tratamiento específico.

La ERGE describe reflujo del contenido gástrico que causa síntomas molestos o complicaciones. A veces el cuadro "fisiológico" se diagnostica erróneamente en lactantes sanos con síntomas molestos pero inofensivos, o incluso a veces cuando llora excesivamente en ausencia de regurgitación.

Esto ha llevado al uso cada vez mayor, y potencialmente inadecuado de medicamentos y otras intervenciones.

El diagnóstico de "reflujo silencioso" probablemente no debe hacerse en atención primaria. Hay algunas señales de alerta que debe conllevar a la búsqueda de un diagnóstico alternativo, y éstos se enumeran en la tabla.

Los recién nacidos prematuros y niños con discapacidad neurológica no sólo son más propensos a tener ERGE, sino también desarrollan complicaciones como apneas y neumonía por aspiración, que pueden requerir atención secundaria.

Las pruebas de alta calidad son escasas. Una reciente publicación del NICE dio pautas que se pueden resumir en tres frases:

- La mayoría de los bebés son normales y no necesitan intervención.
- Considerará la posibilidad de diagnósticos diferenciales y tratar en consecuencia.
- Después de probar con intervenciones de alimentación (tomas más frecuentes y más pequeñas, espesantes de alimentos o apoyo al amamantar), si consideras tratamiento con antiácidos realizar una prueba y si no tiene éxito dentro de las cuatro semanas se suspende. No prescribir proquinéticos (domperidona) sin interconsultarlo.

## Banderas rojas que pueden parecer ERGE

Signos y síntomas	Pensar en
Vómitos en chorro	Estenosis pilórica (en niños de hasta los 2 meses)
Hematemesis	Descartar 1. Haber tragado sangre en infantes amamantados (por grietas del pezón) 2. Sangrado nasal. Si no considerar peligroso sangrado GI.
Inicio después de 6 meses o persiste por más del año.	Inicio tardío y persistencia sugiere un diagnóstico diferencial del reflujo. Pedir primeramente urocultivo.
Sangre en materia fecal	Puede sugerir una variedad de condiciones: Gastroenteritis bacteriana, alergia a las proteínas de la leche de vaca o una condición aguda quirúrgica.
Diarrea crónica	Puede sugerir alergia a las proteínas de la leche de vaca
Febril y de mala apariencia	Infección. ¡Pensá otra vez en urinaria!
Fontanela abultada, rápido aumento en el tamaño cefálico, conciencia alterada o reflejos aletargados	Aumento de la presión intracraneal
Infantes o niños con alto riesgo de atopía	Alergia a la leche de vaca.

## Colecho

Publicado el 31 de agosto

# COLECHO

- 1- El colecho es, entre otras cosas, para muchas sociedades y desde toda la historia del hombre, un momento de encuentro entre la madre y el bebé, y un método de descanso.
- 2- Favorece la práctica y la continuidad de la lactancia materna, que a su vez, disminuye el síndrome de muerte súbita del lactante.
- 3- Durante el colecho, el lactante no solo se alimenta, sino que además descansa y se consuela, beneficiando la maduración neurológica y favoreciendo la producción de leche en la madre.
- 4- Durmiendo al lado de la madre va aprendiendo el ritmo del sueño y la vigilia para asimilarlo al de los adultos en el 80% de los casos a los 6 meses de vida.
- 5- Las cunas tipo "sidecar" no se asocian a mejor adherencia a la lactancia a diferencia de las cunas separadas.
- 6- Si bien se ha demostrado una asociación débil entre el colecho y la muerte súbita del lactante, el 50% de ellas ocurrirán en la cuna.
- 7- El riesgo de muerte súbita aumentará si los padres además del colecho le ofrecen leche artificial o fuman dentro del hogar.
- 8- También aumenta el riesgo de asfixia hacer colecho sobre superficies blandas y angostas como un sofá, o la ocupación múltiple de la cama.
- 9- Todas las sociedades de pediatría recomiendan que el niño menor de 6 meses duerma en su cuna separado de la cama de los padres.
- 10- No se recomienda colecho en niños menores de 3 meses de edad, en padres fumadores, niños usuarios de mamadera, sobre sofás, o camas usadas por muchas personas al mismo tiempo.

## PROSANI



## **Nuevas recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) para dormir.**

**Publicado el 27 de octubre**

\* Los bebés deben dormir en la misma habitación de sus padres, pero no en la misma cama, para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.

\* Por primera vez recomienda que las madres pasen algún tiempo en contacto piel a piel con el recién nacido.

\* Si los padres llevan al bebé a la cama para alimentación o estar con ellos, eliminar todos los objetos blandos.

Esto se debe a que algunos bebés se han asfixiado con los mismos o les ha quedado parte del cuerpo atrapado.

Aunque las guías anteriores sugirieron que los objetos blandos podrían utilizarse después de los 4 meses, las nuevas guías extienden la limitación a un año, ya que casi el 10% de los casos del SMSL se producen después del cuarto mes.

\* Los sillones y sofás son en particular lugares peligrosos para alimentar a los bebés si las madres sienten sueño.

\* La recomendación de colocar a los bebés a dormir boca arriba sigue vigente.

\* La recomendación de pasar más tiempo en contacto piel a piel con los bebés deriva de investigaciones que muestran que se puede mejorar el desarrollo neurológico de los niños. Si bien es particularmente importante en la primera hora después del nacimiento del bebé, puede tener beneficios después de eso. El contacto con la piel con una persona distinta de la madre también puede ser beneficioso.

\* El Comité observó que muchos de los nuevos productos que se promueven con el fin de reducir el SMSL no han sido comprobados. La recomendación específicamente es en contra de monitores para el hogar, o alarmas.

Otras recomendaciones:

\* Ofrecer el chupete a la hora de la siesta y a la hora de acostarse. Los estudios demuestran que pueden reducir el riesgo de SMSL, aunque no está claro por qué.

\* Dar a los recién todas las vacunas recomendadas.

\* Proporcionar todos los días un tiempo boca abajo mientras esté despierto para facilitar el desarrollo y estando supervisados.

\* Sacar a los bebés de los asientos de coche, sillas de paseo, columpios, portadores de bebés, si se duermen en ellos, para reducir el riesgo de reflujo gastroesofágico y plagiocefalia posicional.

<http://pediatrics.aappublications.org/.../10/20/peds.2016-2938>

## Giardiasis

Publicado el 28 de octubre

¡El número de pacientes detectados con Giardia es alto!

El tinidazol y metronidazol son igualmente eficaces como tratamientos de primera línea, aunque el tinidazol tiene un régimen más simple y menos efectos secundarios

El portador asintomático de Giardia es común entre los contactos en el hogar, y si hay fracaso al tratamiento o recurrencia se debería pedir las pruebas a los contactos.

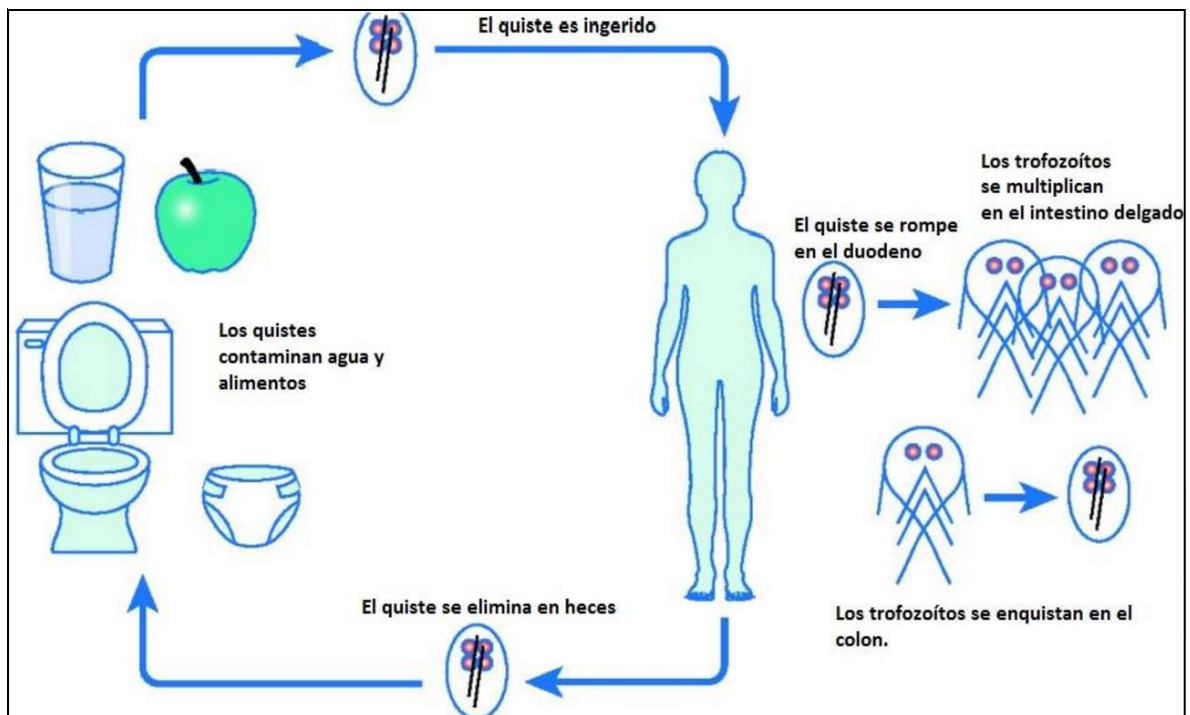
Pueden ser asintomáticas (5-15% de las personas infectadas), pero los síntomas típicos incluyen diarrea, flatulencia, dolor abdominal y distensión.

En la etapa temprana de la enfermedad, la diarrea suele ser explosiva, especialmente por la mañana, y las heces son difíciles de evacuar. La sangre en heces es infrecuente y sugeriría la presencia de otro patógeno. Más tarde, la diarrea se vuelve más intermitente, con períodos de función intestinal normal similar al colon irritable. La pérdida de peso debido a mala absorción ocurre en más del 80% de los pacientes, con una pérdida típica de 5 kg en adultos de 4 semanas o más.

La deficiencia de lactasa intestinal se produce en casi el 40% de los pacientes con giardiasis y puede persistir durante varias semanas después de erradicación del parásito.

Esto se manifiesta como diarrea que es peor después del consumo de alimentos o medicamentos que contienen lactosa. Los vómitos y fiebre no son frecuentes.

<http://www.bmj.com/content/355/bmj.i5369>



## **La evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños.**

**Publicado el 12 de julio**

No se puede dejar de sospechar esto aunque sé que se diagnostica en exceso, ya que la incidencia aumentó cada vez más. Niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, una década atrás simplemente se los rotulaba como mal comportamiento.

No hay casi ningún otro diagnóstico que superponga tanto rasgos de comportamiento normales y comportamiento que van en contra de las normas y expectativas de la sociedad. Como resultado de ello existe una gran controversia que rodea al diagnóstico y al tratamiento de estos niños.

También hay pocas dudas de que los psicoestimulantes funcionan y pueden ser un salvavidas para los niños más afectados y sus familias cuando se los utiliza apropiadamente.

La gran pregunta de este tema es dónde trazar la línea. El papel de la atención primaria es identificar a los niños que tienen un deterioro funcional significativo y si se beneficiarían de alguna intervención.

El papel del médico de cabecera es también la detección de otras posibles comorbilidades y condiciones asociadas tales como conductas negativistas, desafiantes y trastornos de conducta, trastorno del espectro autista, tics, mala coordinación motora, dificultades específicas de aprendizaje, trastornos del sueño, trastornos emocionales, adversidad temprana, abuso de sustancias y síndrome de alcoholismo fetal.

Los niños con TDAH presentan síntomas persistentes y se van deteriorando a través de varias áreas, así que es importante recabar los puntos de vista de los padres y maestros. Los psicólogos educativos, ayudarán a identificar a los niños que deben ser referidos a un diagnóstico formal.

## **Sibilancias en niños de edad preescolar.**

**Publicado el 20 de julio**

Una cuarta parte de los niños experimenta un episodio de sibilancias antes de cumplir 2 años. Las causas subyacentes para las sibilancias en preescolares son múltiples y predice resultados a largo plazo, pero a los efectos prácticos tiene sentido categorizar a estos niños en:

### **→ Sibilantes episódicos virales.**

Sólo se producen cuando existe evidencia de una infección del tracto respiratorio superior y son asintomáticos en otras circunstancias.

Aquí la primera línea es  $\beta$ -agonistas o anticolinérgicos inhalatorios. Se puede hacer un tratamiento intermitente con dosis creciente de montelukast, esteroides inhalatorios o una combinación de ambos.

Este tratamiento episódico es absolutamente un cambio radical a la idea que los esteroides inhalados sólo ayudan si se toman regularmente, y probablemente refleje lo que los padres han estado haciendo de todos modos.

Por otro lado, la prednisona NO debe ser indicada en niños en edad preescolar con este cuadro.

### **→ Sibilantes por múltiples estímulos.**

Estos últimos se parecen mucho más un fenotipo de asma en los adultos con síntomas la mayoría de los días, provocada no sólo por infecciones virales, sino también por ejercicio, humo y alérgenos.

Aquí sí es muy importante el tratamiento preventivo a largo plazo, ya sea con esteroides inhalados o antagonistas de los receptores de leucotrienos.

Algunos niños pueden beneficiarse con cursos intermitentes de prednisona, sobre todo si es recurrente. Aquí es importante revisar sobre la eficacia de tratarlos por intervalos o continuamente.

La clave para el manejo de ambos grupos es la revisión periódica del tratamiento con el fin de evitar el uso innecesario a largo plazo, y evaluar si se está aplicando bien el tratamiento y si la categorización de los niños en un grupo u otro aún es correcta ya que esto puede cambiar con el tiempo.



## Rastreo de obesidad en niños y adolescentes.

Publicado el 2 de noviembre

Acaba de salir el primer borrador de la recomendación de las Fuerzas de Tareas Americanas.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-recommendation-statement165/obesity-in-children-and-adolescents-screening1>

Población	Recomendación	Grado
Niños de 6 o más años y adolescentes	Rastreo con IMC e indicarles programas de cambio de hábitos y conducta en forma intensiva a aquellos que están sobre o por encima del percentilo 95	<b>B</b>

## Leche entera

Publicado el 10 de diciembre

Los niños que toman leche entera hasta los seis años tienen más probabilidad de crecer más delgados.

Desde el 2009, la Food Standards Agency (FSA) de Inglaterra ha recomendado que los niños beban leche semidescremada a partir de los dos años, como parte de los esfuerzos para prevenir la obesidad.

Sin embargo, un nuevo estudio canadiense (1) de más de 2.700 niños encontró que los que recibieron leche entera terminaron con un índice de masa corporal significativamente menor que los que recibieron leche semidescremada. También se encontró que tienen mayores niveles de vitamina D, con mayor protección ósea y del sistema inmunológico.

Durante décadas, los niños en Gran Bretaña fueron alentados a beber leche entera, como parte de los esfuerzos de la posguerra para construir la salud de la nación.

Los niños que bebían leche entera probablemente terminen menos hambrientos, lo que los hace menos propensos a merendar alimentos de alto contenido calórico.

La diferencia en el IMC fue de 0.72 unidades más baja. Esa diferencia puede significar mucho cuando se trata de rotular a un niño como peso saludable y tener sobrepeso.

Los niños que bebían una taza de leche entera/día tenían niveles de vitamina D comparables a los que bebían casi tres veces más de leche descremada. Vale recordar que la vitamina D es soluble en grasa.

(1) <http://ajcn.nutrition.org/.../11/15/ajcn.116.139675.abstract>

## Salud de la mujer

---

## ¿Si tengo osteoporosis no me fracturaré más fácil?

Publicado el 13 de Enero 2016

Seguro que te hicieron esta pregunta y en el imaginario cerebral pensás en un hueso frágil que al martillar repetitivamente se fractura.

Ahora, ¿quién podría aseverar que esa fractura fue por la osteoporosis o por un ejercicio repetido inadecuado?, ¿cuántas personas en este momento están haciendo ejercicio o caminando intensamente CON EL MISMO NIVEL de calcio en los huesos y no se fracturan?

Cada vez que una carga o fuerza actúa sobre un hueso el tejido óseo se deforma en cierta medida. Después, los huesos afectados vuelven a su forma normal y, a través de una acción fisiológica, "reconocen" que necesitan para ser más fuertes y resistir plenamente esa misma fuerza la próxima vez. De esta manera el cuerpo estimula la osteogénesis para hacerlos más densos y resistentes.

Por eso es que el mejor ejercicio para iniciar un plan de entrenamiento sobretodo en gente con factores de riesgo para osteoporosis es caminar.

## El método madre - canguro.

Publicado el 24 de septiembre

Una revisión Cochrane apoya el uso de este método en neonatos con bajo peso al nacer estabilizados como una alternativa a la atención neonatal convencional.

La atención neonatal convencional de los recién nacidos de bajo peso al nacer (<2.500 g) es cara, requiere tanto de un personal altamente calificado y apoyo logístico.

El Método Madre Canguro (MMC) se ha propuesto como una alternativa a la atención neonatal convencional de niños con bajo peso al nacer.

Se basa en el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido, la lactancia materna frecuente (exclusiva o casi exclusiva) y la posibilidad de alta hospitalaria temprana.

Dos autores de Estados Unidos y Uruguay trabajaron con el grupo Cochrane Neonatal para actualizar una versión 2014 de esta revisión Cochrane.

Se incluyeron 21 ensayos controlados aleatorios, con un total de 3042 niños. La evidencia fue calificada como de calidad moderada.

En comparación con la atención neonatal convencional, el MMC redujo la mortalidad al momento del alta o en la edad gestacional corregida de 40 a 41 semanas y en el último seguimiento, disminuyó la infección/sepsis, infección nosocomial/sepsis, la hipotermia, el desarrollo de enfermedad grave y enfermedad del tracto respiratorio inferior. Por otra parte, el MMC aumentó de peso, longitud, y aumento del perímetro cefálico, lactancia materna al alta o entre 40 y 41 semanas de edad gestacional corregida y entre uno y tres meses de seguimiento, la satisfacción de la madre con el método para el cuidado del bebé, algunas medidas de apego materno-infantil, y el entorno familiar. No hubo diferencias en los resultados del desarrollo neurológico y neurosensorial a la edad corregida de 12 meses.



## ¿Podés predecir quién tendrá eclampsia?

Publicado el 22 de abril

Acaba de salir un meta-análisis (1) en el BMJ que nos puede ayudar a identificar mejor a las mujeres que podrían beneficiarse de la aspirina para la profilaxis de la preeclampsia.

Los investigadores analizaron 14 factores de riesgo de preeclampsia en 92 estudios de cohortes que comprende más de 25 millones de embarazos.

En términos de riesgo relativo combinado, los siguientes factores se asociaron con mayor riesgo de desarrollar preeclampsia:

1. Preeclampsia previa (RR, 8.4)
2. Hipertensión crónica
3. DBT pregestacional
4. Embarazo multifetal
5. IMC antes del embarazo > a 30
6. Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

Las mujeres que tenían síndrome de anticuerpos antifosfolípidos en realidad tuvieron la tasa más alta preeclampsia combinada (17%).

**El número de mujeres que necesitan recibir profilaxis con AAS para prevenir un caso de preeclampsia esta por debajo de 250 para los factores de riesgo mencionados.**

La AAS supone una reducción del riesgo del 10%.

(1) <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i1753>

## Tratamiento de la gestosis leve a moderada

Publicado el 21 de Enero 2016

La decisión de comenzar tratamiento anti-HTA en embarazadas con HTA

Leve: 140 a 150 / 90 a 100

a

Moderada: 150 a 159/ 100-109 mmHg)

Sin comorbilidades no está bien definido y hay estudios a favor y en contra.

Hasta hace poco, los beneficios del tratamiento anti-HTA a la madre o al feto durante la relativamente corta duración del embarazo a término no se habían demostrado y hay alguna evidencia observacional de que, en algunas mujeres, la reducción agresiva de la TA, o incluso los medicamentos utilizados, pueden inhibir el crecimiento fetal y exponer al feto a efectos fisiológicos potencialmente nocivos de estos fármacos.

### Datos en contra de tratar:

- Un meta-análisis de regresión 2002 evaluó específicamente el efecto de la reducción de la TA de la madre sobre el peso fetal, el crecimiento fetal parece verse afectado significativamente por la reducción de la TA media inducida por el tratamiento anti-HTA: Una caída de 10 mmHg en la TA media fue asociada con una disminución de 176 gramos en peso al nacer.

Este efecto no estaba relacionado con el tipo de HTA o la elección de la medicación.

Sin embargo, las preocupaciones sobre el potencial daño fetal de la terapia anti-HTA pueden haber sido exagerados sugieren que el tratamiento puede estar asociado con beneficios maternos, sin exceso de riesgo para el feto:

### Datos a favor del tratamiento:

- Un meta-análisis de 2014 evaluó los resultados maternos y fetales en 49 ensayos aleatorios de tratamiento versus no tratamiento a mujeres embarazadas con HTA leve a moderada. En este caso el tratamiento no dio lugar a beneficio o daño fetal.

El tratamiento anti-HTA disminuyó 40 a 60% significativamente la incidencia de hipertensión grave y la necesidad de fármacos antihipertensivos adicionales un 40 a 70%, pero NO aumentó la frecuencia de partos de niños con bajo peso para la edad gestacional.

Tampoco redujo significativamente la mortalidad o la frecuencia del prematuro, preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta.

- En un ECC de 2015 (1) mujeres embarazadas con HTA gestacional o crónica o HTA crónica se asignó al azar a tener una meta de TA diast de 85 o 100 mmHg, NO hubo diferencias en los resultados maternos, fetales, o neonatales.

Un enfoque prudente que también te puede ayudar es considerar las comorbilidades del paciente y los síntomas (por ej, cefaleas, trastornos visuales) al momento de decidir si se debe tratar la hipertensión leve a moderada.

(1) N Engl J Med. 2015 Jan;372(5):407-17.

## Vitamina E en la embarazada

Publicado el 23 de agosto



La evidencia **NO** respalda tomar suplementos de vitamina E en el embarazo para prevenir complicaciones y parto prematuro.



Revisión Cochrane, 21 estudios >21000 mujeres tomando Vit E sólo o con otros suplementos.

[http://www.cochrane.org/CD004069/PREG\\_vitamin-e-supplementation-pregnancy](http://www.cochrane.org/CD004069/PREG_vitamin-e-supplementation-pregnancy)

Vitamin E  
supplements in  
pregnancy





## Náuseas y vómitos en la embarazada.

Publicado el 11 de octubre

El JAMA acaba de publicar una revisión sobre lo que es efectivo en cuanto a la evidencia para el manejo de náuseas y vómitos en la embarazada.

JAMA. 2016; 316(13):1392-1401. 10.1001/jama.2016.14337

### Tratamiento de las náuseas y vómitos en el embarazo

#### Cambios dietéticos

- Comidas blandas ricas en carbohidratos y proteínas
- Evitar comidas con fuertes olores y/o sabores

- Porciones pequeñas y frecuentes



#### Medicación

- Anti H1: Doxilamina
- Vitamina B6
- Metoclopramida
- Ondansetrón



#### Otros tratamientos probados por la evidencia

- Acupuntura o acupresión
- Vitamina B6
- Gengibre



## Si tu paciente hipertensa se embaraza... Lo que necesitas saber

Publicado el 11 de junio

Tienen un mayor riesgo de preeclampsia, parto prematuro, tamaño pequeño para la edad gestacional, o muerte fetal.

Una cuarta parte de mujeres embarazadas con HTA crónica tienen también pre-eclampsia. Casi un tercio tendrá un nacimiento prematuro.

Si ha tenido preeclampsia en un embarazo, es más probable que lo tenga nuevamente en los siguientes. Además, las mujeres hipertensas que han tenido un embarazo con HTA tienen un mayor riesgo a largo plazo de ACV y enfermedad cv.

Considerará el uso de:

\* **Labetalol** (a menos que el paciente tiene asma)

\* **Nifedipina**

\* **Alfa metildopa** (advertir somnolencia y puede ocurrir disminución estado de ánimo)

Suspender:

IECA (por ej: enalapril)

ARAI (por ej: valsartán, losartán)

Tiazidas

La evidencia son de estudios de cohortes retrospectivos que pueden estar asociados con malformaciones congénitas, la práctica actual sigue siendo suspenderlos.

### Exámen clínico

Controlar la TA adecuadamente (manguito de ancho si la circunferencia del brazo superior es  $\geq 33$  cm, posición correcta, sin hablar, sentada durante 5'). Tomar la TA 3 veces, a un minuto de diferencia, y obtener el promedio de los últimos dos lecturas.

### Laboratorio

Pedí una orina para ver si hay proteinuria (evaluar enfermedad renal coexistente).

Creatinina

HgbA1c o Glu al azar.

ECG si no hay registro anterior.

Tené en cuenta que las concentraciones de lípidos son poco fiables en el embarazo, por lo que deben ser comprobados después del parto si es necesario.

Lo que debe hacer la paciente:

Para las mujeres con hipertensión crónica, es especialmente importante durante el embarazo evitar el exceso de peso, continuar con el ejercicio, comer una dieta hiposódica, y dejar de fumar.

Debe consultar el mismo día en caso de presentar:

Fuertes dolores de cabeza (aumento de la intensidad que no alivia con analgésicos comunes)

Problemas visuales: como visión borrosa, luces intermitentes, o visión doble

Dolor de estómago persistente y / o vómitos

Falta de aire

Hinchazón repentina de cara, manos o pies.

Iniciar la aspirina a la semana 12 de gestación para reducir el riesgo de pre-eclampsia.

### Meta

TA diast de 85 mm Hg (basado en un gran ensayo reciente) (1)

Lo óptimo de la TA sist es menos claro, pero la mayoría de las guías aconsejan por debajo de 150 mm Hg.

Cuidado! La TA muy baja puede estar asociada con retraso del crecimiento fetal, por lo que no se recomienda tener una meta muy baja.

Fármacos antihipertensivos seguros para la lactancia materna:

\* Atenolol/Labetalol (a menos que el paciente tenga asma)

\* Nifedipina

\* Enalapril (si se necesita la protección cardíaca / renal)

Evitar/Suspender:

Alfa metildopa (por efectos secundarios en depresión y somnolencia)

IECA y ARA II

Diuréticos

(1) <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i1497>

## **Uyyy se me Escapó el Diagnóstico! Embarazo ectópico. Se da en 1 de c/100 embarazos.**

**Publicado el 10 de Febrero 2016**

Factores de riesgo:

- 1/3 NO TENDRÁ NINGÚN FACTOR DE RIESGO
- Embarazo ectópico previo
- EPI previa
- Antecedentes de cirugía en trompas incluyendo ligadura o reversión
- Infertilidad secundaria a enfermedad tubárica
- DIU in situ
- Técnicas de reproducción asistida
- Tabaquismo

Síntomas y signos:

La tríada clásica de embarazo ectópico OCURRE EN MENOS DEL 50% DE LOS PACIENTES e incluye:

- Amenorrea, típicamente de 5-8 semanas
- Dolor abdominal, a menudo unilateral
- Sangrado vaginal, por lo general escasa.

Los primeros síntomas pueden estar ausentes o ser no específicos - imitando otras patologías abdominales.

Éstos incluyen:

Náuseas, vómitos

Diarrea

Dolor en la micción o la defecación

Los síntomas tardíos asociados con compromiso peritoneal incluyen: dolor de hombro, desmayo, fuerte dolor abdominal o lumbar.

Signos:

Shock hipovolémico- taquicardia, hipotensión, piel fría y sudorosa, palidez.

Examen abdominal: Dolor a la palpación. Puede haber rebote, rigidez, defensa.

Examen vaginal (tener cuidado en atención primaria debido al pequeño riesgo de ruptura de la masa ectópico).

Preguntas para hacerte

- ¿La paciente tiene alguno de los factores de riesgo de embarazo ectópico?
- ¿Hiciste un test de embarazo antes de derivar a tu paciente con dolor abdominal?

Pistas

Los síntomas y signos de EE pueden ser similares a los síntomas y signos de otras enfermedades comunes.

Pensá en un test de embarazo para mujeres en edad reproductiva, incluso cuando los síntomas no sean específicos.

En las mujeres jóvenes los síntomas de shock hipovolémico ocurren muy tarde, por lo cual si están en ese punto es muy avanzado.

Excluir la posibilidad de un EE, incluso en ausencia de factores de riesgo tales como el embarazo ectópico previo, ya que aproximadamente un tercio de las mujeres con un embarazo ectópico NO tendrá factores de riesgo conocidos.

Un embarazo ectópico debe ser descartado si un saco intrauterino no puede ser identificado en la exploración de un embarazo temprano.

## **Rotura prematura de membranas**

**Publicado el 23 de febrero 2016**

Se da en una proporción variable (en promedio 10%).

La investigación sobre los beneficios del reposo en cama son bastante dudosos:

Algunos estudios sugieren que no sólo es médicamente innecesario, e incluso hasta perjudicial (1). No previene necesariamente el parto prematuro y sí aumenta los riesgos de formación de trombos, hipotrofia muscular, depresión.

Queda claro no alejarse del centro materno.

### **RPM en embarazos de menos de 34 semanas**

La conducta más frecuentemente utilizada ha sido expectante, basada en la observación de la unidad feto-placentaria, procurando alcanzar madurez pulmonar fetal, y haciendo énfasis en la detección precoz de signos de infección.

La mayoría de las mujeres que tienen una RPM, y consiguen demorar el parto pueden desarrollar una infección grave y terminan en cesárea de emergencia.

La mitad de las embarazadas con RPM entra en trabajo de parto dentro de las 48 horas de la RPM. Incluso si no lo hace en ese período existe una probabilidad del 70 al 90% que lo haga dentro de esa semana.

### **RPM en embarazos de 34 o más semanas**

La conducta es la interrupción del embarazo. Ella se justifica ya que al estar en edad gestacional, normalmente existe madurez pulmonar fetal; además, la infección es la causa más frecuente de mortalidad perinatal y, por otra parte, existe una relación directa entre el período de latencia e infección.

(1)[http://journals.lww.com/.../\\_Therapeutic\\_\\_Bed\\_Rest\\_in\\_Pregnan...](http://journals.lww.com/.../_Therapeutic__Bed_Rest_in_Pregnan...)





## Aprende más sobre los receptores de cáncer de mama.

Publicado el 14 de marzo

RH (+): Significa que tiene receptores hormonales de estrógenos o progesterona que puede promover tumores RH (+). Tratables con tamoxifeno.

HER2: Receptor de Factor de crecimiento epidérmico humano.

HER2 (+): Estos tumores sintetizan una proteína llamada HER2/neu y tienen una cierta agresividad.

		Receptores hormonales	
		(+)	(-)
HER2	(-)	 73% Buen pronóstico. El más frecuente según edad etnias o nivel socioeconóm	 13% Peor pronóstico. Más frecuentes en etnias afrodescendientes
	(+)	 10% de todos los casos	 5% de todos los casos

<http://www.cancer.gov/t.../breast/patient/breast-treatment-pdq>

## **Abuso sexual / violación / relación sexual de riesgo.**

**Publicado el 22 de marzo**

La exposición sexual de alto riesgo, involuntaria en el caso de abuso sexual, y accidental en el caso de parejas discordantes con ruptura de preservativo o sexo no protegido, lleva a la necesidad de implementar estrategias de prevención de la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS).

No existen estudios clínicos aleatorizados que permitan establecer la efectividad de la PPEs así como su relación costo-eficacia, por lo que es difícil establecer recomendaciones definitivas. Si bien la mayoría de las guías recomiendan la PPEs como una medida secundaria para prevenir la infección por HIV; éstas difieren, sin embargo, en las recomendaciones cuando el status de la fuente es desconocido, el tipo y número de fármacos a utilizar y el seguimiento.

### **Examen inicial**

-Serología: Hepatitis B (HbsAc, Hbc Ac, Hbs Ag), HIV y VDRL. Los tests serológicos para sífilis y HIV deberán repetirse a las 6, 12 y 24 semanas y VHB a las 12 y 24 semanas del abuso si los resultados iniciales fueron negativos.

-Cultivo opcional (para *N. gonorrhoeae*, tests para *Ch. trachomatis*, etc.) de los sitios de penetración.

### **Tratamiento preventivo**

-Profilaxis ATB: Debe estar dirigida, principalmente, a la cobertura de gonococo y chlamydia:

Ceftriaxona 125 mg IM única dosis (UD) + Azitromicina 1 gr VO (UD) o Doxiciclina 100 mg VO c/12 hs durante 7 días.

Podrá administrarse Metronidazol 2 gr VO (UD), en un segundo tiempo.

-Vacunación:

Hepatitis B (en pacientes no inmunizadas): se recomiendan esquemas rápidos (0, 1, 2 con refuerzo al año)

-Profilaxis HIV: El riesgo de que una persona se infecte por el HIV va a depender de la probabilidad de que la fuente sea HIV positiva.

La profilaxis deberá ser considerada en los casos de máximo riesgo

### **Indicaciones de profilaxis:**

- Exposición ocurrió < 72 hs. (en casos de alto riesgo puede considerarse la PPEs pasadas las 72 hs).
- Persona expuesta no se conoce infectada con HIV.
- Exposición de carácter excepcional.
- La fuente es HIV positiva o se desconoce su serología.
- Exposición significativa de mucosas o piel no intacta con líquidos potencialmente contaminados.
- Siempre en caso de violación.

Habrá que informar al paciente acerca de los posibles efectos adversos de las drogas antiretrovirales (ARV); la necesidad de iniciar el tratamiento lo antes posible para garantizar la máxima efectividad ( lo ideal es en las primeras horas y no más allá de las 72 hs.); la frecuencia de las dosis; la adherencia al tratamiento y de los controles clínicos y de laboratorio (por lo menos una rutina basal y a las dos semanas de iniciado el tratamiento).



El régimen básico consiste en la administración de dos análogos nucleósidos: AZT/3TC o 3TC/TNF o TNF/FTC + Inhibidor de proteasa: LPV/r o ATV/r. Si la fuente es HIV positiva tiene antecedentes de múltiples TARV, la elección del PPEs se realizará considerando el TARV actual

-Los pacientes deberán ser aconsejados respecto a la aparición de síntomas de ETS y de la premura de consultar inmediatamente, así como también el uso de preservativo hasta la finalización de los controles serológicos

**En el caso de violación:**

- Examen físico: descartar lesiones por traumatismo (desgarros genitales y/o anales, fracturas óseas, rupturas de órganos sólidos, etc.) y ,si es necesario, realizar estudios complementarios (rutina de laboratorio, estudios por imágenes, etc.).

-Prevención de embarazo:

En el caso de violación pacientes con riesgo de embarazo, se indicarán anticonceptivos orales dentro de las 72 hs (Levonorgestrel 0.75 mg, un comprimido de inmediato y otro a las 12 horas)

-Consulta con Psicopatología.

**No a la ecografía transvaginal en mujeres asintomáticas.**

Publicado el 25 de marzo

## American College of Obstetricians and Gynecologists



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists  
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

March 14, 2016

### **No pidas ecografía para rastreo de cáncer de ovario.**

El valor predictivo positivo de rastreo de cancer de ovario con ecografía es bajo y habrá muchos F (+).  
El rastreo anual con ecografía transvaginal **NO REDUCE** el número de muertes por cáncer de ovario.

<http://www.cancer.gov/t.../breast/patient/breast-treatment-pdq>

## El examen ginecológico

Publicado el 30 de junio

**No** se debe hacer rutinariamente

No prolonga la vida de una mujer (incluso algunos expertos creen que pueden hacer más daño que bien).

**La evidencia actual es I.**

En los últimos 60 años sólo existen 8 estudios que encima no concluyen que la práctica sea beneficiosa.

Más evidencia

En 2014, el Colegio Americano de Médicos instó a dejar de realizar exámenes pélvicos de rutina como parte de un examen físico, aduciendo que NO hay evidencia de que sean pruebas útiles y sugieren que pueden provocar miedo, ansiedad y dolor en mujeres, especialmente aquellas que hayan sufrido abuso sexual u otro trauma.

La Academia Americana de Médicos de Familia apoya esta recomendación.

Sin embargo, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) continúa recomendando un examen pélvico anual para las mujeres mayores de 21 años, al tiempo que reconoce la escasez de datos. Su grupo de trabajo "bienestar de la mujer" se reunió en 2015, y recomienda exámenes anuales aunque aclara que la espéculoscofia interna y los exámenes bimanuales deben ser "una decisión compartida" donde no haya desigualdades entre médico y mujer.

Tampoco se encontraron estudios que evaluaran la eficacia de los exámenes para reducir lesiones en la piel genital así como la detección de cáncer de ovario, porque los exámenes suelen dar lugar a falsos positivos que pueden conducir a una cirugía innecesaria.

En cuatro estudios de detección de cáncer de ovario con más de 26.000 pacientes examinados, más del 96% de los resultados positivos de la prueba fueron falsos (+).

***Las recomendaciones sobre el PAP NO cambian y se debe realizar cada 3 años para mujeres de 21 a 29 y cada cinco años para las edades de 30 a 65 años.***

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/.../gynecologica...>

## **El tratamiento de fertilización in vitro NO aumenta el riesgo de cáncer de mama.**

**Publicado el 21 de julio**

Hubo controversia si existe riesgo de cáncer de mama a largo plazo después de la estimulación ovárica en la fecundación in vitro.

Un estudio holandés siguió a 25108 mujeres: 19.158 mujeres comenzaron el tratamiento de FIV entre 1983 y 1995 (grupo FIV) y 5950 mujeres recibieron otros tratamientos de fertilidad entre 1980 y 1995 (grupo no-FIV).

La mediana de edad al final del seguimiento fue de 53,8 años para el grupo de FIV y de 55,3 años para el grupo no-FIV.

El riesgo de cáncer de mama en el grupo de fecundación in vitro se comparó con los riesgos en la población general (tasas de incidencia estandarizadas) y con el grupo no-FIV.

### Resultados

De los 25 108 mujeres (edad media al inicio del estudio, 32,8 años; número de ciclos de FIV, 3.6 significar), hubo 839 casos de cáncer de mama invasivo y 109 casos de cáncer de mama in situ (mediana de seguimiento de 21,1 años).

El riesgo de cáncer de mama en las mujeres tratadas con FIV no fue significativamente diferente de la de la población general ni tampoco el riesgo en el grupo sin fines de fecundación in vitro (HR, CI 1.01 [95% , 0,86-1,19]).

Las incidencias acumuladas de cáncer de mama a los 55 años fueron del 3,0% para el grupo FIV y el 2,9% para el grupo sin fines de fecundación in vitro (P = .85).

El riesgo fue significativamente menor para las que se sometieron a 7 o más ciclos de fecundación in vitro (HR, 0,55 [IC del 95%, 0,39-0,77]) vs 1 a 2 ciclos de fecundación in vitro y después de una mala respuesta al primer ciclo de FIV (HR, 0,77 [IC del 95% , 0.61-0.96] para <4 ovocitos recogidos vs ≥4).

Conclusiones y relevancia: Entre las mujeres sometidas a tratamiento de fertilidad en los Países Bajos entre 1980 y 1995, el tratamiento de fecundación in vitro en comparación con el tratamiento no FIV no se asoció con un mayor riesgo de cáncer de mama después de una mediana de seguimiento de 21 años.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=2533505>

## Prolapso

Publicado el 23 de julio

Es el descenso de los órganos pélvicos femeninos (vagina, útero, vejiga y/o recto) en o a través de la vagina.

Ocurre en el 15-18% de las histerectomías, y el prolapso útero vaginal es la principal indicación para realizar histerectomía en mujeres postmenopáusicas.

Aproximadamente 1 de c/12 mujeres que viven en la comunidad tienen prolapso.

¿Qué tan común es el prolapso de órganos pélvicos?

La pérdida de soporte vaginal o uterina se ve hasta en el 30-76% de las mujeres que solicitan atención ginecológica de rutina. El 3-6% de prolapso descienden más allá de la abertura vaginal (es decir, a nivel del himen).

El prolapso de la pared vaginal anterior, o cistocele, es la forma más común, es 2 veces más diagnóstica que el prolapso de la pared posterior (rectocele), y 3 veces más común que el prolapso apical (uterina y/o post-histerectomía prolapso de cúpula vaginal). Sin embargo, en la mayoría de los casos de prolapso sintomático, es habitual encontrar prolapso de múltiples segmentos de la vagina.

Los estudios epidemiológicos de la incidencia y la remisión son raros. Una cohorte prospectiva de 259 mujeres posmenopáusicas encontró que las tasas de resolución espontáneas en uno y tres años fueron de 21% (11% a 33%) y 19% (7% a 39%).

**¿Cuáles son los factores de riesgo?**

- Antecedente de parto vaginal
- Edad avanzada
- IMC elevado
- Histerectomía previa

### Presentación

El síntoma que más se correlaciona con el diagnóstico y el más específico es la sensación de un bulto en la vagina.

Otros síntomas no específicos de prolapso:

Incontinencia urinaria 73%

Urgencia / frecuencia urinaria 86%

Disfunción miccional 34-62%

Incontinencia fecal 31%

Tener en cuenta otras posibles disfunciones del piso pélvico: Disfunción vesical o intestinal primaria.

Las pacientes con prolapso severo pueden desarrollar erosiones de vagina o cérvix que pueden dar sangrado vaginal o spotting.

- Evaluar y ofrecer tratamiento a las mujeres SÓLO si manifiestan síntomas molestos.
- Los tratamientos conservadores eficaces incluyen:

**a) Fisioterapia del suelo pélvico:** Son particularmente útiles para las mujeres con un grado leve de prolapso, aquellas que deseen tener más hijos, ancianos frágiles, y aquellos que no quieren o no son aptas para someterse a una cirugía.

Las advertencias sobre cambios de hábito (Adelgazar, no hacer mucha fuerza o levantar objetos pesados, no estar estreñida o no hacer ejercicios de alto impacto ejercicio) carecen de evidencia. Los ejercicios mejoran los síntomas pero no el prolapso. Se estudiaron poblaciones que hicieron

ejercicio del suelo pélvico de 12 a 16 semanas y la mejoría no se midió más allá del año.

**b) Pesarios:** Son anillos que se insertan en vagina impidiendo que los órganos desciendan. Un trabajo mostró excelentes resultados cuando se combinan los dos métodos.

□ La cirugía se reserva generalmente para los pacientes con síntomas de prolapso molestos que tienen al menos etapa 2 de prolapso al examen clínico y cuando los tratamientos conservadores han fallado o ya no funcionan.

BMJ 2016;354:i3853 doi: 10.1136/bmj.i3853 (Published 20 July 2016)

## **Menopausia: Decisiones compartidas**

**Publicado el 26 de junio**

**A.** En mujeres con síntomas vasomotores se les puede ofrecer HT después de acordar con ellas que:

a. Es un tratamiento que NO se prolongará por más de 5 años.

b. Hay beneficios y riesgos.

Indicación

Estrógenos y progesterona en mujeres con útero.

Estrógenos sólo en mujeres sin útero.

**B.** En mujeres con cáncer de mama o con un alto riesgo:

Brindar información acerca de que los IRSS (paroxetina y fluoxetina) deben ser evitados si están tomando tamoxifeno.

Interconsultar con un psiquiatra con experiencia en menopausia.

**C.** Los médicos y los pacientes deben saber que la HT:

- NO aumenta los riesgos de enfermedad cardiovascular cuando se comienza antes de los 60 años.

- NO afecta el riesgo de muerte cardiovascular.

**D.** Las pacientes en edad de comenzar su menopausia deben saber que:

- El riesgo basal de cáncer de mama varía de una mujer a otra según la presencia de factores de riesgo.

- La HT de estrógenos solamente se asocia con nada o muy poco riesgo de cancer de mama.

- La HT con estrógenos y progesterona puede estar asociada con un aumento de riesgo de cáncer de mama.

- Cualquier aumento en el riesgo de cáncer de mama es relacionado a la duración del tratamiento hormonal y disminuye cuando se la suspende.

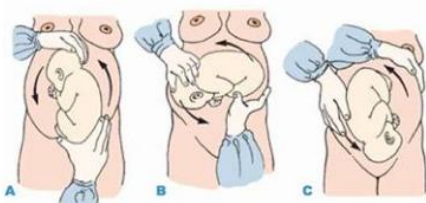
[http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx...|article\\_engagement&utm\\_campaign=article\\_alert&linkId=25920997](http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx...|article_engagement&utm_campaign=article_alert&linkId=25920997)

## Versión o Rotación cefálica externa (RCE)

Publicado el 6 de mayo

Una revisión Cochrane halló lo siguiente:

En la presentación de nalgas la Rotación Cefálica Externa (RCE) es una técnica para girar el feto de manera que quede cabeza abajo.



### SIN RCE



21 bebés tuvieron un parto vaginal en posición cefálica.  
79 No tuvieron esa posición en parto vaginal

### CON RCE



63 bebés tuvieron un parto vaginal en posición cefálica.  
37 No tuvieron esa posición En parto vaginal

### ¿Qué encontraron?

8 estudios.

1306 embarazadas de 36 semanas o más.

El uso de esta técnica mejoró la cantidad de partos con presentación cefálica y disminuyó las cesáreas.

### ¿Es segura para el bebé?

No hay diferencia clara entre los bebés que tuvieron un APGAR < de 7 a los 5 min o, tuvieron que ir a neo o, murieron.

Son estudios con poco n para concluir eso.

Tampoco se sabe si es una técnica segura en mujeres de alto riesgo:

Aquellas con cesárea previa o embarazo gemelar

### CESÁREAS

#### SIN RCE



32 mujeres tuvieron cesáreas  
68 No fueron a cesárea.

#### CON RCE



18 mujeres tuvieron cesáreas  
82 No fueron a cesárea.

<http://onlinelibrary.wiley.com/.../14651858.CD000083.../abstract>



## Tratamiento para evitar dolor en los pezones después de lactar.

Publicado el 20 de octubre



¿Qué tan efectivos son los tratamientos para evitar los dolores en los pezones después de lactar?



Aplicar nada o sólo leche materna a corto plazo es más beneficioso que colocarse ungüentos con lanolina.



Hubo insuficiente evidencia que colocarse geles de glicerina y/o lanolina mejorara la percepción del dolor.

*Independientemente del tratamiento, el dolor disminuye a los 7 días de comenzar la lactancia.*



Find out more: <http://ow.ly/jN1y303FeYn>

<http://nz.cochrane.org> | [@cochrane\\_nz](https://twitter.com/cochrane_nz) | [#cochrane\\_evidence](https://www.facebook.com/cochrane_evidence) #blogshot



## Fertilización in vitro

Publicado el 6 de noviembre

La industria de la fertilidad ha estado promocionando su capacidad para ayudar a las mujeres a tener hijos a edades más avanzadas con fertilización in vitro (FIV).

Lo que la industria no suele decir es que la tasa de éxito para las mujeres mayores es consistentemente baja.

El 20% de las mujeres tienen éxito.

Las últimas estadísticas del CDC en Estados Unidos (datos del 2013) [1] muestra que con óvulos o embriones frescos (no congelados) de mujeres a los 40 años, menos del 30% queda embarazada y menos del 20% tienen hijos.

La tasa de éxito fue algo mejor cuando la FIV se hizo con embriones congelados de los propios óvulos de la mujer: un 42% quedó embarazada y el 30% tuvo nacimientos normales.

Las publicidades hablan de tasas más altas de embarazo incluso en mujeres mayores de 40 años.

[1] <http://www.cdc.gov/.../2.../art-2013-fertility-clinic-report.pdf>

## **Insuficiencia ovárica prematura**

**Publicado el 9 de diciembre**

Afecta 1 en 100 mujeres menores de 40 años.

Las mujeres con síntomas menopáusicos y períodos ausentes o infrecuentes deberían ser evaluadas con 2 muestras de FSH separadas 4 a 6 semanas.

En estas pacientes, la hormonoterapia o los anticonceptivos deberían ser ofrecidos hasta los 50 años a menos que los mismos estén contraindicados.

Ambos tratamientos proveen protección ósea pero la hormonoterapia tiene un efecto protector contra la HTA.

Algunas mujeres con diagnóstico de insuficiencia ovárica prematura pueden volver a tener actividad ovárica espontánea. Los niños que toman leche entera hasta los seis años tienen más probabilidad de crecer más.

# Diabetes

---

## ¿Cómo tenés que hacer para probar la eficacia de un nuevo medicamento para la DBT?

Publicado el 3 de Enero 2016

Mirá tenés que hacer así:

1. Estudiás a un grupo grande de personas con DBT 2 que hayan tenido un IAM o que hayan sido hospitalizados por angina inestable en los últimos 180 días.
2. A algunos les dás este nuevo medicamento y al resto placebo (además de todos los otros tratamiento que deben recibir).
3. Contás cuantos eventos cardiovasculares hay en cada grupo después de una media de 25 meses.
4. ¡Sorpresa! Los números son los mismos en ambos grupos: de ahí que el nuevo medicamento no hace más que reducir los niveles de glucemia un poco más y se puede poner en el mercado.

Ya lo sabíamos... ¡Pero parece ser que la gente de Sanofi aún no!

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1509225>

## Hipoglucemiantes Orales en DBT 2

Publicado el 19 de Enero 2016

### Adultos con DBT II que pueden tomar metformina

Con Hgb A1c > 6.5

Ofrecer cambios en el estilo de vida

Meta: que la HgbA1c llegue a 6.5 o menos

#### Primera intensificación

Con Hgb A1c  $\geq$  7.5

Considerar doble esquema con:

Metformina + IDPP-4 (sitagliptina)

Metformina + pioglitazona

Metformina + sulfonilurea

Metformina + (-) cotransporte sodio glucosa2 (glifozinas)

Meta: que la HgbA1c llegue a 7 o menos

#### Segunda intensificación

Con Hgb A1c  $\geq$  7.5

Considerar

A) triple esquema con

Metformina + IDPP-4 (sitagliptina) + sulfonilurea

Metformina + pioglitazona + sulfonilurea

Metformina + pioglitazona o sulfonilurea + (-) cotransporte sodio glucosa2 (glifozinas)

o

B) Insulina

Meta: que la HgbA1c llegue a 7 o menos

*\*Ningún tratamiento hipoglucemiante es claramente mejor que otro.*

*•La metformina se identificó como la primera opción mejor, más eficaz y más segura, con buena evidencia de beneficio cv adicional.*

*•También sigue siendo el tratamiento más barato, además de consejos de estilo de vida.*

*Terapia de combinación*

*Muchos medicamentos antidiabéticos orales se pueden combinar, pero hay una falta de estudios para examinar sistemáticamente las combinaciones. En la guía NICE 2015 existen 11 combinaciones, ocho incluyendo metformina y tres sin metformina.*

⊙ Es muy importante entender acerca del sobreuso de los nuevos hipoglucemiantes que se hace con el fin de bajar la glucemia sin tener fehacientemente comprobado que esto disminuya la mortalidad de los pacientes.

La guía del NICE 2015 tiene un párrafo sobre este punto.

Ella se basa en un estudio, el UKPDS (1), con un tratamiento proactivo precoz en DBT 2 mostró que mantener la HbA1c alrededor de 7% en forma sostenida entre 6 a 9 años desde el inicio del diagnóstico “tendría” beneficios micro y macrovasculares.

Sin embargo, más allá de esto, los resultados son mucho menos ciertos y hay que esperar más estudios que demuestren que alguno de estos fármacos hace algo más que disminuir la glucemia.

Además la meta de reducir las complicaciones micro y macrovasculares deben ser tan relevantes como evitar complicaciones inducidas por la terapia agresiva (hipoglucemias).

Podría haber mejores resultados si con estos pacientes nos enfocamos en la reducción de los F de R cardiovasculares.

COMO MÉDICOS DE FAMILIA TENEMOS QUE TENDER A QUE NUESTROS PACIENTES DBT TENGAN LA TA NORMAL, NO FUMEN Y TENGAN LOS LÍPIDOS CONTROLADOS.

⊙ La metformina sigue siendo la mejor, más eficaz y más segura primera opción, con buena evidencia de beneficio cardiovascular adicional, que no ha cambiado.

También sigue siendo el tratamiento más barato, además de los consejos de estilo de vida.

⊙ En la guía NICE anterior explicitaba para los pacientes de peso normal con diabetes tipo 2 iniciar con sulfonilureas. En la guía del 2015 esta recomendación ya no está.

DBT en el embarazo

⊙ Sólo metformina y glibenclamida son posibles opciones de tratamiento no-insulina en el embarazo de una mujer con DBT2 o gestacional, y todos los otros medicamentos antidiabéticos orales y los agonistas del receptor de GLP-1 están contraindicados.

(1) <https://www.dtu.ox.ac.uk/ukpds/>

## **La metformina debe ser la primera línea del tratamiento para DBT 2.**

Publicado el 13 de mayo

Un nuevo meta-análisis (1) apoya las guías actuales con metformina como agente de primera línea recomendado para el tratamiento de adultos con DBT 2, debido a sus efectos beneficiosos sobre la Hgb A1c, el peso y la mortalidad cardiovascular.

El análisis incluyó más de 200 estudios controlados aleatorios o de observación (sobre todo a corto plazo) publicados hasta 2015.

En general los participantes fueron adultos con sobrepeso u obesos con niveles de Hgb A1c mal controlada al inicio del estudio.

Algunas cosas importantes halladas:

1. Mortalidad cardiovascular: La monoterapia con metformina se asoció con DISMINUCIÓN de la mortalidad CV con respecto a la monoterapia con sulfonilurea.
2. Hemoglobina A1c: La mayoría de los medicamentos tuvieron efectos similares en la HbA1c. Sin embargo, los (-) de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4) NO fueron más eficaces que la metformina o sulfonilureas.
3. Peso corporal: Los (-) del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT-2): Glifozinas, produjeron más descenso de peso que los (-) de la DPP-4.

Eventos adversos:

Las sulfonilureas se asocian con un mayor riesgo de hipoglucemia severa

La metformina y los agonistas GLP-1 (liraglutida, abiglutida) con efectos secundarios gastrointestinales

Los inhibidores SGLT-2 con infecciones micóticas genitales.

(1) <http://annals.org/article.aspx?articleid=2513979>



## Vivir con diabetes es duro Verónica!

Publicado el 20 de marzo

María, es una madre soltera de 38 años que trabaja en 2 empleos mientras convive con DBT2 e HTA.

Se atiende en un Centro de Salud en Strobel cerca de Paraná

En los últimos 2 años, hizo muy buena relación con Verónica, su médica de familia.

En ese tiempo, ha trabajado en la dieta y en tomar regularmente 2 comprimidos de metformina 850mg/día. Su Hgb A1c bajó de 14 a 8 mg%, bajó de peso, y no ha tenido hipoglucemia. Este es un logro que María y Verónica celebraron!

Sin embargo, cuando fue a la ciudad consultó con el endocrinólogo quien le dijo que mejor será que baje la misma a <7,5mg%, y que sería probable que tenga que cambiar a un programa de insulina.

¿Será mejor para María perseguir esta meta?

Para poblaciones con condiciones de vida difíciles lo posible es quizá mejor que lo ideal.

Siempre pensamos que: "...cuanto menos mejor...", y ese paradigma va a ser algo difícil de quitar!

La reducción de la Hgb A1c a <7,5mg%, se asocia con efectos beneficiosos modestos, en un contexto donde la paciente tiene dos hijos y 2 trabajos y una cantidad de preocupaciones personales, sociales y económicas. No es que sea imposible bajar la Hgb A1c a <7.5%, simplemente no es algo que la vaya a mejorar tanto.

En el cuidado actual de la DBT se desconoce cuál es el mejor curso de acción para cada paciente y su familia.

La medicina debe ir más allá de la aplicación del conocimiento de "las medidas que se pueden medir". Crear líneas de acción que aborden los desafíos específicos de cada paciente como la toma de decisiones compartida, puede ayudar.

Los objetivos y metas no se han desarrollado para alcanzarlos, sino para llamar la atención sobre los problemas en el tratamiento y en el vivir con DBT.

Encontrar maneras amables y cuidadosas con los pacientes cuando lo que es mejor no está nada claro es la principal meta de la atención primaria.

## **Si agregás una sulfonilurea a una gliptina el paciente tendrá hipoglucemia.**

**Publicado el 17 de mayo**

Cada vez más se sabe que no es la glucemia la principal responsable de la larga lista de complicaciones de los DBT, sino una serie de factores que hacen a fenómenos de coagulación, trastornos lipídicos, etc.

Esto hace que en atención primaria tengamos especial cuidado en NO ser tan agresivos con los niveles de glucemia o Hgb A1c.

Las complicaciones por esta conducta médica aumentan año tras año sin una ganancia neta. Los pacientes los dejan o bajan las dosis por su cuenta.

Un meta-análisis (1), determinó que la adición de una gliptina a una sulfonilurea (por lo general gliburida o glimepirida) aumenta el riesgo de hipoglucemia en personas con DBT 2.

Las sulfonilureas elevan los niveles de insulina directamente y son una causa bien conocida de hipoglucemia, y las gliptinas elevan los niveles de incretinas, que inhiben la liberación de glucagón y elevan los niveles de insulina indirectamente.

Se analizaron los datos de 10 ensayos controlados aleatorizados ( $\approx 6500$  participantes; edad media: 55-75, con una media de HgbA1c de 7,7%-8,6%).

El riesgo relativo de hipoglucemia fue 52% mayor en los que recibieron gliptinas y sulfonilureas que en los que recibieron placebo y sulfonilureas.

El número de pacientes que tuvieron que ser tratados con una gliptina para causar 1 episodio de hipoglucemia (es decir, el número necesario para dañar) se redujo de 17 (para los pacientes tratados durante  $\leq 6$  meses) a 8 (para los pacientes tratados  $> 12$  meses).

(1) <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i2231>

## **Más del 20% de los pacientes con DBT 2 reciben tratamiento intensivo innecesario que duplica el riesgo de hipoglucemia grave.**

**Publicado el 7 de junio**

Se acaba de publicar un análisis retrospectivo de datos de pacientes desde el 2001 al 2013. El estudio incluyó a mujeres adultas no embarazadas de 18 años o mayores con DBT 2 que alcanzaron y mantuvieron una hemoglobina A1c (HgbA1c) < de 7,0% con hipoglucemiantes orales y que no habían tenido episodios de hipoglucemia o hiperglucemia severa en los últimos 12 meses.

El tratamiento intensivo se define como el uso de más medicamentos para bajar la glucemia a lo recomendado por las guías de práctica con niveles específicos HgbA1c. La hipoglucemia severa se determinó mediante consultas ambulatorias, servicio de urgencias, y consultas hospitalarias por hipoglucemia durante los 2 años después de alcanzada la meta de HgbA1c. Los pacientes fueron clasificados como de alta vs baja complejidad clínica si tenían 75 años o más, enfermedad renal o demencia en fase terminal, o tenían 3 o más enfermedades crónicas graves.

Fueron 31.542 pacientes de 58 años promedio, el 12,4% tenían complejidad clínica.

La probabilidad de alcanzar el tratamiento intensivo fue del 25,7% en pacientes con baja complejidad clínica y 20,8% en pacientes con alta complejidad clínica.

En pacientes con baja complejidad clínica, la probabilidad ajustada al riesgo de hipoglucemia grave durante los siguientes 2 años fue del 1,02% (IC del 95%, 0,87% -1,17%) con el tratamiento estándar y 1,30% (IC del 95%, 0,98% -1,62%) con el tratamiento intensivo (diferencia absoluta, 0,28%; IC del 95%, -0,10% a 0,66%). En los pacientes con alta complejidad clínica, el tratamiento intensivo aumentó significativamente la probabilidad ajustada al riesgo de hipoglucemia grave fue de 1,74% (IC 95%, 1,28% -2,20%) con el tratamiento estándar de 3,04% (IC del 95%, 1,91% -4,18%) con un tratamiento intensivo (diferencia absoluta, 1,30%; IC del 95%, 0,10% -2,50%).

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx...>

En DBT 2, ¿Qué pacientes pueden tener un nivel de HgbA1c bajo y cuáles no?

Publicado el 9 de julio



**Control de hemoglobina glicosilada en DBT 2**



Más intensivo Aproximadamente 6.0%	Factores	Menos intensivo Aproximadamente 8.0%
Altamente motivados, adherentes, fuerte deseo de auto-cuidado	Consideraciones psicosociales	Menos motivado, no adherente, poco deseo de auto-cuidado
Adecuados	Recursos o apoyo del sistema.	Inadecuado
Bajo	Riesgo de hipoglucemia	Alto
Pocos	Cuántos años lleva como DBT 2	Muchos
No	Enf. Microvascular	Avanzada
No	Enf. CV	Establecida
No	Condiciones coexistentes	Múltiples, graves o ambas

## DBT II: Metas razonables según condición del paciente anciano.

Publicado el 1 de agosto

Características de pacientes/estado de salud	A quienes	Meta razonable de Hgb A1c	Glucemia de ayuno o preprandial	Glucem antes dormir	TA	Lípidos
Sano (pocas coexistencias crónicas, estatus funcional y cognitivo intacto)	Expectativa de vida larga	<7.5%	90–130 mg/dL	90–150 mg/dL	<140/90 mmHg	Estatinas sí a menos que estén CI o no se toleren.
Complejo/intermedio (múltiples enfermedades coexistentes o 2 o + componentes de las actividades de la vida diaria (AVD) empeoradas o leve a moderada empeoramiento cognitivo)	Expectativa de vida intermedia, polifarmacia, riesgo de hipoglucemia riesgo de caídas.	<8.0%	90–150 mg/dL	100–180 mg/dL	<140/90 mmHg	Estatinas sí a menos que estén contrindicadas o no se toleren.
Muy complejo/pobre salud (problemas crónicos o enfermedades cognitivas)	Limitada. La expectativa de vida restante hace dudoso el beneficio.	<8.5%	100–180 mg/dL	110–200 mg/dL	<150/90 mmHg	Considerar la probabilidad de indicar estatinas (prevención secundaria más que prevención primaria)

[http://care.diabetesjournals.org/content/39/Supplement\\_1/S81](http://care.diabetesjournals.org/content/39/Supplement_1/S81)

## Control estricto de DBT: ¿Cuánto hay de cierto?

Publicado el 24 de agosto

Una revisión sistemática (1) trató de determinar la concordancia entre la evidencia acumulada sobre el impacto del control estricto contra el control menos estricto de glucemia en pacientes con DBT 2 desde la publicación del UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) en 1998 hasta 2015 y las comparó con lo aconsejado en publicaciones de opinión y guías de práctica.

Se incluyeron todas las revisiones sistemáticas publicadas y meta-análisis de ensayos aleatorios de medicina general y de endocrinología que se refieren al control de glucemia entre 2006 y 2015 y se correlacionaron con las guías más recientes de diagnóstico y tratamiento de DBT.

Se identificaron 16 guías.

En la revisión de la evidencia, NO hubo beneficio significativo del control estricto de la glucemia en cuanto a:

- Riesgo de diálisis/Trasplante renal
- Muerte de causa renal
- Ceguera
- Neuropatía.

Sin embargo, en la última década, la mayoría de las guías publicadas y artículos de opinión hablan de un beneficio probado.

Tampoco existe efecto significativo alguno sobre la mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular o ACV.

Entre 2006 y 2008, la mayoría de las guías (47% -83%) apoyaron el beneficio; después de 2008 (que aparece el estudio ACCORD), sólo una minoría (21% -36%) lo hizo.

Sí hay una constante reducción de riesgo relativo del 15% de IAM no fatal.

Tené en cuenta que existe esta discordancia entre la evidencia de lo que muestra la investigación y las guías de práctica clínica sobre el valor del control estricto de la glucemia para reducir las complicaciones micro y macrovasculares.

Esta discordancia puede distorsionar nuestra forma de encarar la DBT sobremedicando a los pacientes.

(1) <http://circoutcomes.ahajournals.org/.../CIRCOUTCOMES.116.0029...>

## Personalizando la meta de HgbA1c

Publicado el 13 de noviembre

### Cuándo ser Menos estrictos

1. ↑ riesgo de hipoglucemia o presenta eventos adversos del tratamiento
2. DBT de muchos años.
3. Expectativa de vida corta.
4. Importantes comorbilidades y/o complicaciones vasculares.
5. Pacientes poco motivados

Hgb A1c  
7%

### Cuándo ser más estrictos

1. ↓ riesgo de hipoglucemia.
2. DBT recientemente diagnosticada.
3. Expectativa de vida larga.
4. Sin comorbilidades ni factores de riesgo asociados.
5. Pacientes muy motivados

## ¿Detectás DBT? Eso, ¿previene algo?

Publicado el 14 de noviembre

Un estudio realizado en Dinamarca, Holanda y Reino Unido investigó el efecto del tratamiento multifactorial en grupos aleatorizados y paralelos en forma precoz tras el diagnóstico realizado por rastreo.

Pacientes entre 40 y 69 años de edad, sin diabetes conocida seguida de atención de rutina de diabetes vs tratamiento intensivo de múltiples factores de riesgo.

El criterio de valoración primario fue el primer evento CV, incluyendo mortalidad y morbilidad cardiovascular, revascularización y amputación no traumática dentro de los 5 años.

Los pacientes y el personal que evaluaban los resultados no eran conscientes de la asignación del grupo de estudio de la práctica. El análisis se realizó por intención de tratar.

La edad media fue de 60,3 años y la duración media del seguimiento fue de 5,3 años.

Las mejoras en los factores de riesgo cardiovascular (concentraciones de HbA1c, colesterol y presión arterial) fueron leves pero significativamente mejores en el grupo tratamiento intensivo.

La incidencia del primer evento cardiovascular fue del 7,2% (13,5 por 1000 personas-año) en el grupo de tratamiento intensivo y de 8,5% (15,9 por 1000 personas-año) en el grupo "atención de rutina" (cociente de riesgo 0,83, 95% IC 0,65-1,05) y de mortalidad por todas las causas 6,2% (11,6 por 1000 personas-año) y 6,7% (12,5 por 1000 personas-año; 0,91, 0,69-1,21), respectivamente.

En ambos casos fueron no significativas.

### Interpretación

Una intervención para promover el manejo intensivo temprano de pacientes con DBT tipo 2 se asoció con una reducción pequeña y no significativa en la incidencia de eventos cardiovasculares y muerte.

[http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736\(11\)60698-3/abstract](http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736(11)60698-3/abstract)



## ¿Sirven los hipoglucemiantes?

Publicado el 29 de noviembre

Hace décadas, si una persona tenía síntomas de sed excesiva, micción frecuente y visión borrosa, se los estudiaba y se les hacía diagnóstico de DBT. Todos acordamos que esos síntomas deben ser tratados inmediatamente con hipoglucemiantes.

La brecha de la evidencia

En la actualidad, la mayoría de los pacientes no presentan síntomas, descubren que son DBT 2 después de un estudio de rutina. ¿A estos pacientes asintomáticos, se los debe medicar? Esta brecha yace sin responder.

Los estudios NO mostraron una disminución en relación al riesgo de ceguera, ni una reducción en la tasa de insuficiencia renal.

Ningún estudio ha demostrado que el estricto control de la glucosa reduzca el riesgo de complicaciones cerebrovasculares como el ACV, IAM fatal o muerte por todas las causas.

Persiste un pequeño resultado positivo: una ligera reducción en el riesgo de un IAM no fatal. Pero el riesgo de muerte por IAM no cambió.

Aún se debate si la evidencia justifica que millones de personas tomen hipoglucemiantes durante décadas y sufran los efectos secundarios, que pueden incluir aumento de peso y la posibilidad de hipoglucemia grave, que puede causar coma y muerte.

En este momento, Health Canada sólo se propone aprobar los medicamentos que disminuyan el nivel de glucemia y no aumenten el riesgo de enfermedad cardiovascular.

En algunos países, por primera vez, la demencia ha sobrepasado a las enfermedades cardíacas.

<http://circoutcomes.ahajournals.org/content/early/2016/08/23/CIRCOUTCOMES.116.002901.abstract>

## ¡El hemogluco!

Publicado el 22 de noviembre

Sin duda que existe controversia y las guías del NICE están en contra de realizarlo rutinariamente. La evidencia sugiere que en pacientes muy motivados en su auto cuidado les es útil. La evidencia que el auto monitoreo mejora el control glucémico es bastante limitada y a pesar que algunos trabajos lo demuestran las diferencias no son clínicamente significantes.

Existen situaciones que ayudan a evitar hipoglucemias donde el auto monitoreo puede ayudar:

- Manejar, especialmente camiones o vehículos de carga.
- Actividad física, deportes.
- Consumo de alcohol.
- Trabajos nocturnos o en turnos rotativos.
- Trabajadores con maquinarias de precisión.
- Tratamientos con hipoglucemiantes que provocan hipoglucemia (sulfonilureas).
- Enfermedades agudas, fiebre y cirugía.
- Embarazo.

Las guías del NICE (2015) agregan a esta lista:

- Los pacientes con insulina.
- Pacientes con episodios de hipoglucemia.

## ¿Cuál es la eficacia a largo plazo y la seguridad de dar dosis baja de aspirina para prevención primaria de eventos cardiovasculares (CV) en pacientes con DBT 2?

Publicado el 25 de noviembre

¿Que sabíamos?

Los pacientes adultos con DBT o con eventos cv deben recibir AAS en bajas dosis ya que su riesgo CV es por encima del 10% (por tablas de riesgo).

Acaba de publicarse un ensayo controlado randomizado muy importante en Japón: JPAD (Prevención 1aria de aterosclerosis con AAS en pacientes con DBT) que examinaba si dosis baja de AAS afectaba la aparición de eventos CV en 2.539 pacientes japoneses con DBT 2 y sin enf. CV preexist.

Los pacientes fueron asignados al azar a

1. Recibir aspirina (81 mg o 100 mg/día, Grupo Aspirina) o
2. Nada (grupo Sin Aspirina).

Después que el ensayo terminó en 2008, los investigadores siguieron a los pacientes hasta el 2015, sin intentar cambiar la terapia previamente asignada. Los criterios de valoración primarios fueron: Eventos CV: incluyendo muerte súbita, enfermedad coronaria mortal o no fatal, ACV fatal o no fatal y Enf. vascular periférica.

Para el análisis de seguridad, se analizaron eventos hemorrágicos, que consistían en sangrado gastrointestinal, ACV hemorrágico y sangrado de otros sitios.

Resultados:

El período medio de seguimiento fue de 10,3 años, 1.621 (64%) pacientes fueron seguidos a lo largo del estudio, y 2.160 (85%) pacientes mantuvieron su asignación original.

La dosis baja de aspirina NO redujo los eventos CV en la cohorte por protocolo (hazard ratio [HR], 1,14; intervalo de confianza del 95% [IC], 0,91-1,42).

El modelo de riesgo proporcional de Cox multivariable ajustado por edad, sexo, control glucémico, función renal, tabaquismo, hipertensión y dislipidemia mostró resultados similares (HR, 1,04; IC del 95%: 0,83-1,30)

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

Conclusiones:

Los autores concluyeron que la dosis baja de aspirina NO afectó el riesgo de eventos cardiovasculares, pero aumentó el riesgo de sangrado gastrointestinal en pacientes con DBT 2 en un entorno de prevención primaria.

Perspectiva:

Este estudio informa que el tratamiento a largo plazo con dosis bajas de AAS NO se asocia con eventos CV en pacientes japoneses con DBT 2 en un entorno de prevención 1aria. Además, la terapia con AAS en dosis bajas se asoció con un aumento significativo de nuevos sangrados GI. Estos hallazgos respaldan el documento de consenso de expertos del American College of Cardiology, que establece que la aspirina no debe recomendarse para la prevención de ECV en adultos con DBT y bajo riesgo cardiovascular (hombres menores de 50 años y mujeres menores de 60 años sin mayores factores de riesgo de ECV; 10 años de riesgo de ECV por debajo del 5%), ya que los posibles efectos adversos de la hemorragia compensan los beneficios potenciales.

[http://www.acc.org/latest-in-cardiology/journal-scans/2016/11/14/11/38/tuesday-11am-low-dose-aspirin-for-primary-aha-2016?utm\\_medium=social&utm\\_source=twitter\\_post&utm\\_campaign=twitter\\_post](http://www.acc.org/latest-in-cardiology/journal-scans/2016/11/14/11/38/tuesday-11am-low-dose-aspirin-for-primary-aha-2016?utm_medium=social&utm_source=twitter_post&utm_campaign=twitter_post)

## Obesidad

---

## **Panza grande, piernas finas**

**Publicado el 2 de Enero 2016**

Hay dos formas principales de evaluar obesidad: el índice de masa corporal y el índice cintura/cadera. La causa más común asociada a mortalidad cardiovascular elevada es la disposición de grasa central ("obesidad central"). De vez en cuando, la Encuesta nacional de Salud y Nutrición en Estados Unidos elige una cohorte y los sigue durante varios años.

Este artículo se publicó en el Annals a principios de Diciembre (1): 15.184 adultos (52,3% mujeres), entre 18 y 90 años confirman la paradoja que tener un IMC normal no es lo importante para la mortalidad CV, sino un elevado índice cintura/cadera. Y este no fue un efecto marginal: en comparación con la obesidad simple, se duplicó el riesgo de mortalidad en los hombres y un aumento a la mitad en las mujeres durante el período de seguimiento de 14 años.

<http://annals.org/article.aspx?articleid=2468805>

## Reflexiones sobre la obesidad

Publicado el 27 de diciembre 2015

La obesidad no es un tema simple con una sola causa identificable. Comer más calorías de las que gastamos es una visión demasiado simplista que no tiene en cuenta los muchos factores que se han unido en los últimos 30 años.

Entre ellos:

- Disponibilidad de más alimentos malos baratos.
- Comida rápida.
- Comercialización implacable.
- Desigualdades socioeconómicas que dejan a los más pobres sin acceder o comprar alimentos sanos.
- Atracción natural a comidas grasas, dulces y a sabores salados.
- Tendencia a almacenar grasa fácilmente.
- Disminución de la cocina casera y correspondiente salto a alimentos procesados y restaurantes.
- Porciones gigantes.
- Azúcar añadido a productos previamente sin azúcar.
- Tendencia al sedentarismo
- Diminución de los trabajos físicos.
- Proliferación de entretenimiento basado en pantallas.
- Alteración hormonal de la falta de sueño o el trabajo por turnos.
- Efectos secundarios de medicamentos.
- Condiciones médicas y discapacidad.
- Bebés nacidos de madres con sobrepeso o fumadoras.
- Aumento de peso excesivo en la infancia.

Los vínculos entre la obesidad y la enfermedad son muy fuertes.

La obesidad es tan compleja que la investigación se ha extendido a una gran variedad de disciplinas construyendo nuestro conocimiento de una manera poco sistemática. Cada uno buscando en una pequeña parte de la historia.

El resultado es mensajes incompletos, incluso francamente contradictorios. 2 ejemplos:

¿Somos más propensos a tener un peso saludable cuando vivimos en las ciudades o en el campo? Bueno, algunos estudios muestran que las personas en las ciudades caminan más y comen menos grasa, pero otros estudios muestran que las grandes urbes ofrecen un menor acceso a alimentos frescos, instalaciones para hacer ejercicio o lugares seguros para caminar o andar en bicicleta.

Otra incongruencia: la dieta mediterránea, basada en verduras, legumbres, pescado, nueces y aceite de oliva, se promociona como una de las formas más saludables para comer.

Pero, un informe de 2013 (Asoc. Internacional para el Estudio de la Obesidad), mostró que el país que tiene la mayor tasa de obesidad infantil en el mundo es Grecia, y el segundo: Italia. Sea por dietas basadas cada vez más en alimentos procesados o cambios genéticos, simplemente no lo sabemos.

A menudo, los medios de comunicación "culpan" a un solo nutriente y se baja un mensaje errado. Por ej., "comer menos grasas" ha demonizado todas las grasas, ignorando el exceso de azúcar que ocasiona.

Decirle al obeso que coma menos y ejercite más es tan útil como decirle a alguien con depresión que esté más animado.

Cuando nos enfrentamos a una inundación, necesitamos algo más que clases de natación. Necesitamos diques, y algunos de ellos deben venir del gobierno:

Etiquetas de nutrición para alimentos envasados.

Programa nacional de alimentación escolar.

Restricciones publicitarias de alimentos de baja calidad a niños.

Subsidios para alimentación saludable e impuestos a la comida chatarra.

Un ejemplo: México, que tiene una de las tasas más altas de obesidad y diabetes en el mundo, añadió un impuesto a las bebidas gaseosas azucaradas, bebidas de frutas y aguas energéticas.

## Obesidad: Ciencia débil

Publicado el 9 de abril

¿La dieta hipo hidrocarbonada es más saludable que una dieta hipograsa? ¿Comer carne roja causa cáncer? ¿Un vaso de vino tinto al día es mejor para la salud?

¿Sirve comer alimentos ricos en magnesio?

La investigación en nutrición es muy leída por toda la población y poco sustentable, una parte de responsabilidad de la epidemia de la obesidad se basa en que por muchos años cada "cacique" de la nutrición "defendió su teoría" sin importar mucho en profundizar y hacer estudios poblacionales de intervención que sirvan para sacar conclusiones.

Por otra parte la cobertura periodística es a menudo incompleta, inexacta o sensacionalista, dando lugar a confusión, muchas veces en conflicto, los mensajes alrededor de la comida y dieta.

El ir detrás de los titulares

Una vasta literatura de investigación ha encontrado asociaciones entre todo tipo de alimentos y resultados en salud.

El año pasado se vinculó comer carne procesada al cáncer de colon en términos de riesgo relativo: 17% más para las personas que comían carne procesada. El punto es que pocas publicaciones mencionan el riesgo basal y las cifras absolutas.

Otro problema incluye extrapolar a partir de estudios que son in vitro, en animales, o tienen pequeños tamaños de muestra y una relativa falta de información sobre quién financió la investigación.

Ciencia débil

Los investigadores están bajo presión para publicar. Las instituciones académicas reciben financiación. Las revistas están persiguiendo lectores y citas. Agencias de noticias buscan maximizar los lectores y espectadores. Y los periodistas carecen de tiempo y experiencia para evaluar críticamente la investigación original que a menudo carece de solidez.

Un montón de estudios de observación tienen una mala evidencia científica.

La investigación en nutrición debería tener mayor calidad, alejarse de cuestionarios de auto-reportes sobre la ingesta de alimentos e ir hacia estudios aleatorizados más robustos que hagan conclusiones más serias. Sabemos que la financiación de la industria alimentaria establece la agenda de investigación y ese sesgo sostiene conclusiones poco útiles para tratar la epidemia de la obesidad que sufrimos.



## **Casi todo lo que se ha dicho acerca de dieta y ejercicio debe ser puesto en duda.**

**Publicado el 14 de agosto**

Docenas de estudios se publican todas las semanas aunque no se pueden obtener conclusiones fehacientes por la enorme incertidumbre de cómo se miden las variables como cantidad o calidad de ejercicio o qué es exactamente lo que comes.

Si hay un efecto de estilo de vida es minúsculo.

Y no existe un patrón oro de la medición. El resultado es una gran cantidad de estudios cuyas conclusiones no son reproducibles.

No se sabe cómo medir la dieta o el ejercicio, no es fácil que la gente pueda recordar lo que come. Sólo parecen haber un par de verdades:

-Si se come más calorías, se aumentará de peso.

-Si hace ejercicio suficiente, se pierde una pequeña cantidad de peso.

Lo demás cómodamente se puede discutir.

Si hace falta agregar algo a la confusión, muchas investigaciones tienen un pobre diseño, con poco tiempo de seguimiento, el mismo efecto tiene diferentes mediciones y distintas formas de informar los resultados, y también una tendencia selectiva de informar los resultados de manera selectiva.

El resultado es cientos de estudios donde una semana se publica que el chocolate negro es bueno, y la próxima semana que es letal.

Se han realizado estudios rigurosos de estilos de vida, pero son pocos y distantes entre sí.

a. Un estudio muy grande acerca de la dieta mediterránea, con frutas, verduras, pescado y aceite de oliva o frutos secos, disminuyó el riesgo de IAM y ACV.

b. Dos estudios grandes de dieta rica en fibra no pudo encontrar que la misma protege contra el cáncer de colon.

Luego están los estudios aparentemente contradictorios pero bien hechos.

Un estudio grande encontró que - contrariamente a todas las hipótesis - la dieta y la pérdida de peso NO previenen los IAM y ACV en personas con DBT 2.

Otra investigación grande encontró que, en pacientes en situación de riesgo para DBT 2, sería mejor no perder una cantidad modesta de peso y hacer ejercicio.

Hace algunos años, dos investigadores decidieron ver qué ingredientes en las comidas se asociaban con el cáncer.

4 de c/5 estaban relacionados con el cáncer, ya sea aumentando o disminuyendo el riesgo. A menudo, el mismo ingrediente aumentaba el riesgo en un estudio y lo disminuía en otro.

## Actualización Cirugía bariátrica

Publicado entre el 2 y el 3 de Febrero 2016

En la práctica, la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía se han pasado la vida tratando con dietas con inevitables subidas y bajadas.

En un estudio, los pacientes habían hecho dieta durante un promedio de 22 años y tuvo una ganancia neta de 55 kg al momento de la cirugía, a pesar de también perder 61kg en múltiples intentos de pérdida de peso.

En comparación con intervenciones intensivas del estilo de vida, el efecto de la cirugía es muy superior. En estudios a largo plazo, los pacientes con cirugía mantienen la pérdida de peso 25 a 30% a 10 años o más en comparación con el 4,7% a los ocho años de intervenciones intensivas de cambios de estilos de vida.

Se recomienda como una opción de tratamiento para:

- Una persona de 18 años o más
- Con un IMC de 40 kg/m<sup>2</sup> o más, o
- Entre 35 y 40 años pero con una condición médica que pueda ser mejorada si pierde peso.
- La persona debe haber intentado todas las medidas no quirúrgicas apropiadas para lograr o mantener la pérdida de peso adecuada, clínicamente beneficiosa durante al menos 6 meses.
- Si el IMC es de 50 o más, la cirugía bariátrica debe ser recomendada como primera opción en lugar de repetir las intervenciones de estilo de vida que no han funcionado.
- No hay límite de edad máxima recomendada.

La cirugía también:

1 Reduce el riesgo de eventos cv y cáncer

2 Restaura la capacidad funcional: 8.000 pacientes con un IMC promedio > 40 eran incapaces de subir 3 tramos de escaleras antes de la cirugía. Un año después, la mitad de ellos mejoraron.

3 Regresan a las mismas tasas de empleo remunerado a los de la población normopeso.

4 Hay evidencia de nivel 1 que la cirugía es superior a la terapia médica para mejorar el control de DBT. También reduce el número de hipoglucemiantes e insulina. La Federación Internacional de Diabetes, recomienda la cirugía bariátrica como "un tratamiento apropiado para la DBT 2 con un IMC igual o > a 35 que no hayan alcanzado los objetivos de tratamiento recomendados y con el tratamiento médico, especialmente donde hay otra comorbilidad."

También se acepta un menor umbral de IMC (por 2,5) en asiáticos debido a susceptibilidad a DBT y síndrome metabólico.

5 Reduce el número de medicamentos antiHTA, probablemente durante varios años, pero las indicaciones son que, con el tiempo, ya que los pacientes envejecen, van a ir de nuevo al tratamiento. Todas las otras comorbilidades asociadas a la obesidad muestran una mejora.

6 Mejora la fertilidad en las pacientes con ovario poliquístico.

¿Qué medicamentos se recetan rutinariamente en el postoperatorio? ¿Por qué y por cuánto tiempo?

El estado de obesidad predispone a deficiencia de vitaminas, incluso los pacientes con banda gástrica que no tienen problemas de absorción se recomienda tomar de por vida diariamente multivitaminas y suplementos minerales que incluya cobre, ácido fólico, calcio y vitamina D.

Para los pacientes con manga (gastrectomía parcial) hay que agregar hierro y vitamina B12 normalmente tres veces al mes.

La recomendación para el bypass gástrico es igual que para la manga, pero como la primera parte del intestino delgado no está disponible para la absorción hay que añadir zinc, tiamina y vit A. Laboratorio en el primer año mensual o bimensual para aquellos con bypass y manga. C/ 6 meses en el 2do y luego anuales. Una pequeña proporción de pacientes requerirá hierro parenteral.

Problemas a corto plazo post cirugía:

Casi todas las cirugías se realizan por laparoscopia. La tasa de reoperación a 30 días para banda gástrica y bypass gástrico es muy baja (casi 3% en centros con experiencia).

Las fugas anastomóticas son la complicación más seria y la causa más común de mortalidad es la TVP /TEP.

Problemas a largo plazo:

Las bandas gástricas (se hacen cada vez menos) pueden complicarse con problemas como lesiones esofágicas o fugas al ajustar la banda, infecciones de la puerta de acceso, desplazamiento de la banda (se mueve hacia abajo y constriñe el cuerpo del estómago como un reloj de arena), o erosión de la banda. La incidencia de re operaciones es de un 10-20% entre 5-10 años.

En el bypass hay riesgo de hernias internas que producen obstrucción del intestino delgado a medida que se pierde peso y se abren espacios herniarios potenciales.

Cualquier paciente con una nueva aparición y persistencia de dolor abdominal tipo cólico a los 2-3 años debe ser remitido para una evaluación quirúrgica urgente.

El colgajo cutáneo es una causa importante de mala calidad de vida y depresión, así como infecciones cutáneas.

La cirugía bariátrica parece haber llegado para quedarse, ya que no hay un tratamiento médico en el horizonte que pueda igualar remotamente sus efectos.

## ¿Qué tiene que ver hacer gimnasia con bajar de peso?

Publicado el 22 de febrero 2016

“...Doc como volví de las vacaciones más gorda me inscribí en el gimnasio. Empiezo el lunes!...”

Algo le llamó la atención a mi paciente porque luego me preguntó: “...¿Hice mal?...”

Mucha gente cree que el ejercicio es la clave para perder peso, los gimnasios también lo promueven.

Sin embargo, mucha evidencia sugiere que esto no es así. Hay que reducir las calorías de la ingesta.

Lo que la gente come (y en qué cantidad) parece influir en el peso corporal más que lo activo que uno es.

El ejercicio sigue siendo fundamental para otros aspectos de la salud, tales como la prevención de enfermedad. CV.

La evidencia más reciente proviene de un estudio publicado la semana pasada en el Current Biology (1) que concluye que las personas que son altamente activas NO queman más calorías que las que son moderadamente activas.

Los investigadores siguieron 332 adultos en cinco países, y encontraron que "el total de gasto energético aumenta con la actividad física en los niveles de actividad bajo pero luego se ameseta en los niveles de actividad más alto".

En otras palabras, moviéndose más se aumentan las calorías quemadas sólo hasta cierto punto. Esto contradice el conocimiento previo de que la actividad y el gasto energético están vinculados directamente.

¿Por qué ocurre esto? No se sabe. Solo se hipotetizan algunas teorías.

En la década de 2000 se comparó a mujeres con sobrepeso y obesidad en Estados Unidos con mujeres delgadas de zonas rurales de Nigeria, esperando encontrar que las nigerianas gastaran más energía.

Ambos grupos de mujeres estaban quemando el mismo número de calorías. Y la cantidad de ejercicio que hacían no predecía los cambios de peso.

Por otra parte...

Para algunos el ejercicio puede hacer más difícil moderar la cantidad que comen. Aumenta el apetito, y por lo tanto muchos pacientes empiezan a comer por encima y más allá del hambre real una vez que empiezan a hacer ejercicio.

(1) [http://www.cell.com/current-.../abstract/S0960-9822\(15\)01577-8](http://www.cell.com/current-.../abstract/S0960-9822(15)01577-8)

## ¿No bajarías un 5% de tu peso?

Publicado el 1 de marzo de 2016

Muchas guías de tratamiento actuales indican a los pacientes obesos perder entre 5-10% por ciento de su peso corporal con el fin de experimentar beneficios de salud, pero las recomendaciones se basan en estudios anteriores que no distinguían entre los participantes que perdieron sólo el 5% de su peso y los que habían perdido más.

Se acaba de publicar un nuevo estudio, un ensayo clínico aleatorizado de 40 individuos obesos con signos de resistencia a la insulina, ya sea a mantener su peso corporal o ir a una dieta baja en calorías y perder 5, 10 o 15% de su peso corporal.

Se encontró que la sensibilidad a la insulina mejoró significativamente después que los participantes perdieran un 5% de su peso corporal, al igual que las concentraciones de triglicéridos, TA y frecuencia cardíaca.

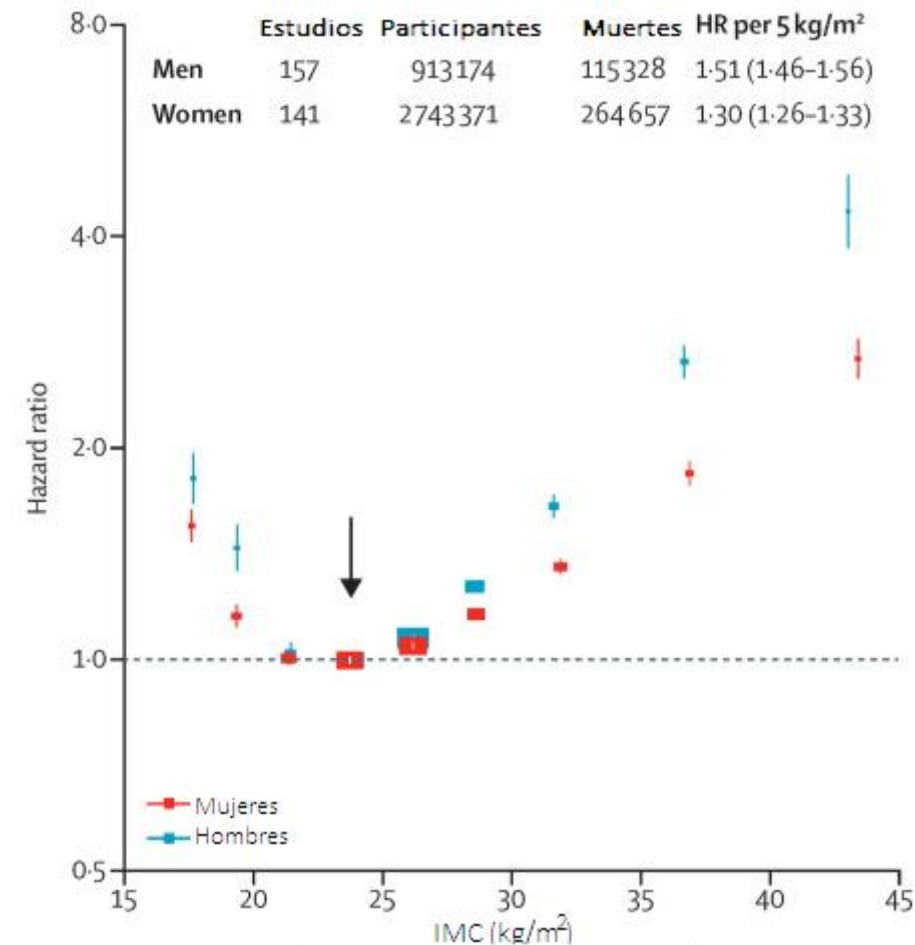
La pérdida de un 5% es de una gran ganancia y por supuesto se ve más fácil que perder 10%, por lo que es importante para los pacientes entender cuáles podrían ser las diferencias

[http://www.cell.com/cell-met.../fulltext/S1550-4131\(16\)30053-5](http://www.cell.com/cell-met.../fulltext/S1550-4131(16)30053-5)

## IMC y todas las causas de mortalidad.

Publicado el 25 de agosto

A medida que aumenta el IMC aumenta el HR (hazard ratio: Un equivalente al riesgo relativo). Estos datos se extraen de un meta análisis que se publicó hace poco (1). Los análisis se restringieron a los no fumadores y sin enfermedad crónica preexistente, con exclusión de los primeros 5 años de seguimiento, e incluyen los datos de regiones de Asia, Estados Unidos, Australia y Europa). La categoría de referencia que se muestra con la flecha es la que corresponde a un IMC entre 22.5 y <25 kg/m<sup>2</sup>.



La mortalidad por todas las causas, debido a sobrepeso u obesidad fueron un 19% en América del Norte, 16% en Australia y Nueva Zelanda, y 14% en Europa, pero sólo el 5% en Asia oriental.

(1) [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30175-1](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30175-1)

## Obesidad y DBT. Informe de la OMS.

Publicado el 14 de abril

Hace una semana, la OMS publicó un Informe global sobre DBT:

En la actualidad hay 422 millones de adultos que viven con DBT, 4 veces más que en 1980. Esa es la punta del iceberg porque hay una gran cantidad de personas con sobrepeso detrás de este aumento alarmante, la mayor parte en los países en desarrollo. Esto es consecuencia del exceso de peso y la inactividad física y cada vez más, incluye a los niños.

### ¡Hacelo fácil. Hacelo simple!

La OMS remarca que se ha demostrado que "medidas de estilo de vida simples son eficaces en prevenir o retrasar la aparición de DBT 2:

- Lograr y mantener un peso corporal saludable;
  
- Estar físicamente activo: Al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días. Aunque para el control de peso se requiere más actividad!
  
- Comer una dieta sana, evitando la ingesta de azúcares y grasas saturadas
  
- Evitar el consumo de tabaco: Fumar aumenta el riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares.

La dieta y el ejercicio: mejor que las drogas

El informe de la OMS se basa en una revisión Cochrane sobre los efectos del ejercicio o la dieta y el ejercicio para prevenir DBT 2, con la evidencia de que "las intervenciones que promueven la alimentación saludable, la actividad física y la pérdida de peso pueden prevenir la diabetes tipo 2 en personas de alto riesgo". Los grupos de alto riesgo incluyen personas que tienen sobre peso o son obesos. Citando este examen y una revisión sistemática reciente, no Cochrane (Merlotti, 2014), la OMS establece que:

Varias intervenciones farmacológicas (por ejemplo, metformina y acarbosa) también se han demostrado que previenen o retrasan la DBT 2, pero, en la mayoría de los estudios, esto no es tan eficaz como cambios en la dieta y la actividad física, y el efecto se disipa después de la interrupción de la medicación.

La evidencia muestra que todos comemos más cuando se nos ofrecen grandes porciones, o snacks.

¡Observar el tamaño de las porciones!

La evidencia Cochrane sobre el impacto del tamaño de la porción es cada vez más contundente A MÁS PORCIÓN, MÁS SE COME.

## Obesidad en niños

Publicado el 15 de abril

Enfoques para prevenir el sobrepeso / obesidad

Una revisión Cochrane sobre las intervenciones para prevenir la obesidad en los niños encontró una fuerte evidencia para apoyar los efectos beneficiosos de Programas de prevención de la obesidad infantil centrados en el IMC, en particular para los niños entre 6 y 12 años.

La revisión incluye un meta-análisis de 37 estudios con casi 28.000 niños.

Los componentes incluyen estrategias basadas en la escuela para mejorar las actividades en el hogar, animar a los niños a dieta y actividad física y aconsejar y apoyo a los padres a ser más activos, comer alimentos más nutritivos y que pasen menos tiempo en actividades basadas en la pantalla.

Una nueva revisión Cochrane, publicada el mes pasado, reunió a la mejor evidencia disponible sobre diferentes enfoques para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en niños de hasta 6 años, a través de intervenciones dietéticas o multi componentes que incluyen cambios de comportamiento, dietéticos y físicos. Los revisores concluyen que estas intervenciones pueden ser eficaces para reducir el IMC y el peso en los niños con sobrepeso u obesidad.

El papel de las intervenciones dietéticas sigue siendo incierto.

Una revisión anterior se centró en intervenciones de estilo de vida o de drogas para el tratamiento de la obesidad, fueron 64 estudios con más de 5000 niños. No hubo una intervención más efectiva que otra, las revisiones encontraron que:

La dieta combinada con la actividad física y el componente de comportamiento parece ser efectivo. Las pruebas de esta revisión muestran que el estilo de vida, las intervenciones basadas en la familia con un programa conductual dirigido a cambiar la dieta y los patrones de actividad física proporcionan disminución significativa en el sobrepeso de niños y adolescentes en comparación con la atención estándar o de auto-ayuda en el corto y el largo plazo.



## Obesidad: nuevos conocimientos.

Publicado el 21 de mayo

Casi todos los que han hecho dieta saben lo difícil que es mantener el peso perdido. Y casi todo el mundo, incluyendo muchos científicos, se han preguntado qué puede llegar a funcionar.

Un estudio publicado la semana pasada de lo que pasó a los concursantes del programa americano “Cuestión de peso” es un claro ejemplo del problema. Aunque no existe una fórmula mágica para el mantenimiento del peso, aquí están las respuestas a algunas preguntas que surgen con frecuencia.

### SI SE BAJA DE PESO DE A POCO, ¿ES MÁS PROBABLE MANTENERSE?

Los estudios NO han encontrado eso. Un reciente estudio australiano (1) asignó al azar a 204 personas obesas a subsistir con tan sólo 450 a 800 calorías/día durante 12 semanas, o disminuir 400 a 500 calorías/día de su dieta habitual por más de 36 semanas.

El objetivo de ambos grupos fue una pérdida de peso de 15%.

Tres años después del inicio del estudio, casi todos habían recuperado el peso perdido, a pesar de asesoramiento sobre dieta y ejercicio.

Tampoco hubo diferencia en los niveles de leptina y grelina, que generan hambre.

La principal diferencia entre los grupos fue que más personas en el grupo “pérdida rápida” perdieron al menos el 12,5% de su peso (80% en comparación con el 50% en el grupo “pérdida lenta”) y abandonaron menos (3% vs 18%).

### PARA MANTENER LA PÉRDIDA DE PESO, ¿SE DEBERÍA EVITAR COMER ENTRECOMIDAS (SNACK)?

Parece tener sentido que los snacks pueden aumentar de peso, los estudios que asignaron al azar a que la gente disponga de snacks (2) NO han podido confirmar esta observación. Incluso no han encontrado que esa comidas alteren la pérdida de peso.

### SI SE HACE EJERCICIO CON PESAS Y SE HIPERTROFIA EL MÚSCULO AYUDARÁ A TENER UN METABOLISMO MÁS ALTO

Los músculos queman más calorías que la grasa, por lo que podría ser razonable que cuanto más músculo tenga, más rápido se van a quemar calorías. Pero resulta que la hipertrofia muscular no tiene casi ningún efecto sobre el metabolismo en reposo (agrega muy poco a la cantidad total de músculo esquelético). Por otra parte los músculos tienen una tasa metabólica muy baja en reposo. Un investigador calculó (3) que si un hombre que pesa alrededor de 80 kg, levanta pesas y aumenta su masa muscular durante 12 semanas solo metabolizará un extra de 24 calorías/día.

### ¿SE PUEDE ACELERAR EL METABOLISMO LENTO HACIENDO EJERCICIO CARDIOVASCULAR VIGOROSO?

La respuesta es que se puede, siempre y cuando no se coman más calorías para compensar las que queman. El cerebro controla el hambre y los antojos de alimentos, y es muy fácil comer accidentalmente más calorías de las que “quema” haciendo ejercicio. Por eso es que el ejercicio sólo, no ayuda a perder peso.

El ejercicio también tiene un efecto inesperado, documentado por el Dr. Rosenbaum de la Universidad de Columbia (4). Ellos encontraron que después de perder el 10% o más de su peso haciendo sólo dieta, el cuerpo comienza a hacer un “ahorro de energía” más eficiente. Para el mismo ejercicio comienza a enlentecer el gasto calórico 20 a 30% menos.

### ¿HAY UN TIPO DE DIETA QUE AYUDA A MANTENER EL PESO?

Muchas personas confían en las dietas con bajo contenido de hidratos de carbono o libre de gluten o giran alrededor de ayuno de dos días de cada siete. El Dr. Lee Kaplan, un investigador de

la obesidad en Harvard, dice que no hay ningún régimen de dieta o pérdida de peso que esté garantizado, pero que a menudo la gente puede mantener una pérdida del 5% de su peso, lo cual es suficiente para beneficios en su salud. Les dice a sus pacientes que traten de cambiar de una dieta a otra con la esperanza de que encuentren algo que funcione para ellos.

#### ¿QUÉ ESPERANZA HAY PARA MANTENER EL PESO?

Los informes anecdóticos de personas que han tenido éxito en mantener el peso tienden a girar sobre un tema común: una vigilancia constante, mantener un estrecho seguimiento de peso, controlar lo que se come y la cantidad, hacer ejercicio con frecuencia, evitar estar todo el día con hambre para llegar a la noche a comerse todo y evitar los antojos en la medida de sus posibilidades.

Aquellos que mantienen una modesta pérdida de peso a menudo informan menos “lucha” que aquellos que tratan de mantener una gran cantidad de peso.

(1) <https://www.thelancet.com/journals/landia/article/.../fulltext>

(2) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17372318>

(3) <http://www.nytimes.com/.../weights-build-muscles-but-not-the-...>

(4) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2806213/...>

## **Obesidad e infertilidad**

**Publicado el 31 de mayo**

Esta semana se publicó en el NEJM un ensayo aleatorizado holandés como parte de un programa de cambios en el estilo de vida en mujeres obesas infértiles.

→ Al grupo intervención les tocó dieta y bicicleta y luego tratamiento para infertilidad. Bajaron en promedio 4.4 kg.

→ El grupo control fue directamente a tratamiento para infertilidad y bajaron en promedio 1 kg.

El grupo intervención no tuvo efecto sobre los resultados globales de fecundidad: de hecho, a los dos años, la frecuencia de partos vaginales de embarazos únicos a término y sanos fue significativamente menor que en el grupo control, que recibió el tratamiento inmediato de fertilidad: 27.1% vs 35.2%.

Esta es una buena noticia para millones de mujeres obesas en todo el mundo que están teniendo problemas para quedar embarazadas y tienen dificultades para adherirse a dietas y actividad física.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1505297...>

## ¿Se vuelve de la obesidad con dieta y ejercicio?

Publicado el 2 de agosto

Cambiando nuestro enfoque hacia la prevención.

Cuando un adulto se convierte en obeso, es muy poco probable que vuelva a su peso con dieta y ejercicio.

La probabilidad que una persona obesa (IMC 30-35) alcance un peso normal es de:

1 en 210 para los hombres y

1 en 124 para las mujeres

En el caso de un obeso severo (IMC > 40), la probabilidad que llegue a su peso normal es de:

1 de cada 1.290 hombres y

1 de cada 677 mujeres

de acuerdo con un estudio (1) del Reino Unido.

Los programas de control de peso actuales se centran en la dieta y el ejercicio y NO son eficaces en la lucha contra la obesidad a nivel de la población. Será importante que trabajemos más en prevenir que una persona llegue a obesa.

Se siguieron a 278.982 participantes (129.194 hombres y 149.788 mujeres) utilizando registros electrónicos de salud entre 2004 y 2014.

El estudio se centró en la probabilidad de que los pacientes obesos alcancen un peso normal o una reducción del 5% en el peso corporal; los pacientes que recibieron cirugía bariátrica fueron excluidos.

Un mínimo de tres registros de índice de masa corporal (IMC) por paciente se utilizó para estimar los cambios de peso.

La probabilidad anual de pacientes obesos de alcanzar el 5% de pérdida de peso fue de 1 en 12 para los hombres y 1 de cada 10 para las mujeres. Para aquellas personas que alcanzaron la pérdida de peso de 5%, el 53% recuperó este peso dentro de dos años y el 78% a los cinco años.

Los ciclos de peso (sube y baja), con 2 aumentos y disminuciones en el peso corporal, también se observó en más de un tercio de los pacientes. El estudio concluye que los tratamientos actuales de obesidad están fallando para lograr la pérdida de peso sostenida por la mayoría de los pacientes obesos.

La pérdida de 5 a 10% del peso corporal ha demostrado que tiene beneficios significativos para la salud y a menudo se recomienda como un objetivo de pérdida de peso.

Estos resultados ponen de relieve lo difícil que es para las personas con obesidad lograr y mantener incluso pequeñas cantidades de pérdida de peso.

<http://ajph.aphapublications.org/.../full/10.../AJPH.2015.302773>

## Las dietas y la obesidad

Publicado el 2 de octubre

En las últimas décadas, decenas de ensayos controlados aleatorizados han comparado varias dietas para el tratamiento de la obesidad.

Estos estudios deberían haber proporcionado pruebas sólidas para el manejo de la obesidad con recomendaciones claras y también poner fin al interminable desfile de las dietas de moda.

Por desgracia, esa cantidad de estudios son aún controvertidos y la "guerra de la dieta del momento" continúa sin cesar.

Una visión que se puede extraer de la literatura sobre la pérdida de peso es que incluso las dietas más raras parecen ser capaces de un grado de éxito a corto plazo. Algunas dietas llevarán (tal vez marginalmente) a mayores pérdidas que otras por varios meses.

La obesidad es una enfermedad crónica, a largo plazo.

Para que una dieta sea eficaz debe controlar el peso en una escala de tiempo de años a décadas.

Los estudios que duran 1 año o más típicamente no muestran diferencias significativas entre las dietas, y mucho menos alcanzar una diferencia clínicamente significativa en mantener la pérdida.

Un ensayo controlado aleatorio (DIRECT), que ha sido valorado como superior consistió en una dieta baja en carbohidratos. Los investigadores realizaron una intervención durante 2 años y encontraron que una dieta baja en H de C llevó a una pérdida de peso significativamente mayor 1-8 kg que una dieta baja en grasas. Estas diferencias entre el peso corporal se encuentran entre las más grandes diferencias que han sido observadas durante un período de 2 años.

Pero si lo mirás desde la perspectiva clínica, tal pequeña diferencia de peso no da mucha confianza para prescribirla.

Lo que es especialmente sorprendente es el comportamiento parecido del peso a largo plazo independientemente de la dieta.

Por ej, la figura muestra los datos del estudio Direct en el que ambas dietas resultaron en una pérdida de peso rápida que se estabilizó después de 6 meses y luego fue seguido por una lenta recuperación.

¿Qué podemos aprender de la fisiología subyacente?

Los mecanismos de retroalimentación fisiológicos son complejos regulan el peso corporal y hay resistencia a la pérdida de peso. La desaceleración del metabolismo puede ser sustancial y desempeña un papel en detener la pérdida de peso y recuperar el peso posteriormente. También los pacientes experimentan un exponencial descenso de cumplimiento de la dieta debido a un aumento en el apetito proporcional a la pérdida de peso corporal, junto con las dificultades para sostener los cambios en los hábitos dietéticos y de comportamientos está la capacidad de afectación de los pacientes para disfrutar, celebrar, y relacionarse con los alimentos.

El seguimiento de la dieta es muy difícil para los investigadores, incluso en estudios a corto plazo, donde a todos los pacientes se les provee toda la comida. El auto informe para medir la ingesta de alimentos (cuestionario sobre la frecuencia y calidad de alimentos) se completa errónea o incompletamente.

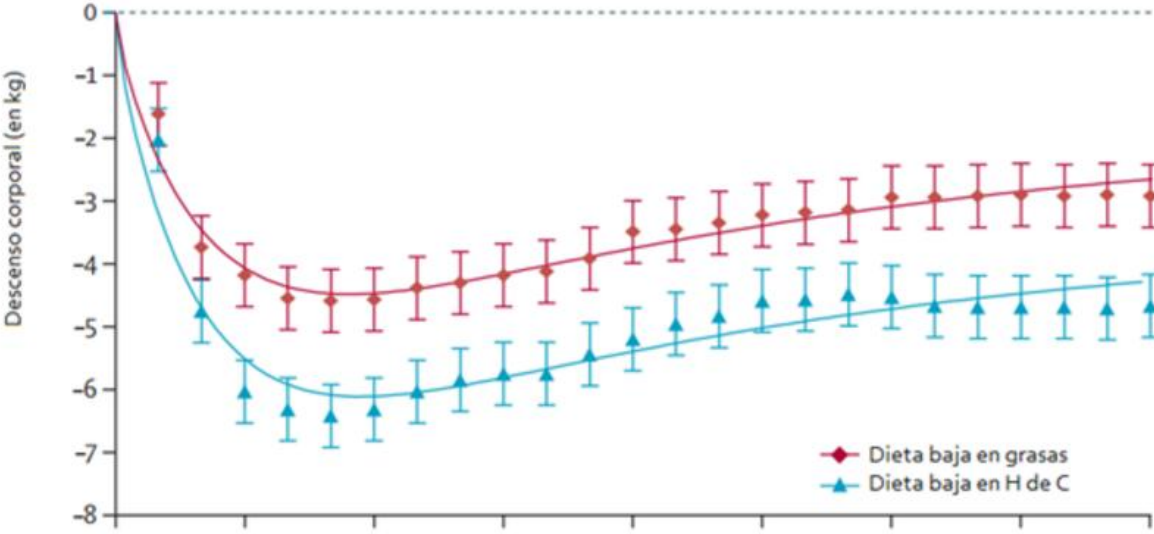
Se ha llegado a especular que el principal impulsor de la meseta de peso corporal era una reducción en el gasto de energía, en vez de la pérdida de adherencia a la dieta (cuestionarios mal completados).

¿Por qué algunos individuos son más exitosos que otros?

Cuando se trata de manejo del peso, el éxito a largo plazo con dieta se basa en la adherencia.

Los estudios deben determinar cómo hacer para que los pacientes sigan una dieta, así como mejorar nuestra comprensión de las consideraciones del mundo real que inciden en la capacidad de los pacientes para mantener esos cambios.

Después de todo, como con cada enfermedad crónica, el manejo de la obesidad requiere de un tratamiento de toda la vida y hay una necesidad urgente de ayudar a los pacientes en el día a día.



**El complot de la industria azucarera para culpar a las grasas... El comienzo de la epidemia.**

**Publicado el 10 de octubre**

¡No te pierdas este video publicado en Facebook!

## El impuesto a las bebidas azucaradas

Publicado el 21 de octubre

¡Está dando buenos primeros resultados en los países que se ha aplicado!

Los 3 países de Latinoamérica con las tasas más altas de sobrepeso son:

Argentina 63.9 %

Chile 63.2 %

Uruguay 62.4%

Cifras de la OMS 2015.

Debemos interrogar a los pacientes si las consumen.





## Problemas Cardiovasculares

---

## Palpitaciones

Publicado el 17 de Enero 2016

Lo que necesitas saber

Son muy frecuentes, a menudo preocupan mucho a los pacientes, pero generalmente son benignas; la mayoría se deben a extrasístoles auriculares o ventriculares.

A todos los pacientes con palpitaciones se les debe realizar una historia clínica cuidadosa, examen clínico, hemograma completo, creatinina, electrolitos, TSH, y ECG para estratificar el riesgo. Esto determinará si necesita ver a un cardiólogo, y con qué apuro.

### Signos de alarma:

- \* Palpitaciones provocadas por el ejercicio
- \* Asociadas con mareos, síncope, disnea persistente, dolor en el pecho, o taquiarritmias sostenidas recurrentes
- \* Si hay antecedentes o signos de enfermedad cardíaca estructural, ICC, o HTA o antecedentes familiares de muerte súbita
- \* Si el ECG es anormal

¿Monitoreo?

La mayoría de las veces no será necesario.

<http://www.bmj.com/content/352/bmj.h5649...>

## **Actualización ICC ¿Qué tratamiento indicar en la IC por disfunción sistólica y cuál en la disfunción diastólica?**

**Publicado el 30 de julio**

La etiología de la insuficiencia cardíaca es importante en el tratamiento, que a su vez se traduce en una mejora en los síntomas, calidad de vida y en el pronóstico.

Hay dos formas reconocidas de insuficiencia cardíaca:

Disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y

Disfunción diastólica o insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada, que está relacionada con alteración de la relajación del ventrículo izquierdo durante la diástole y con disminución del gasto cardíaco. Ambas condiciones tienen patogénesis distintas y diferentes etiologías.

Hay una base de evidencia sustancial que define un tratamiento óptimo en pacientes con insuficiencia sistólica ventricular izquierda (insuficiencia cardíaca sistólica).

Los tratamientos que demostraron mejorar el pronóstico de la insuficiencia cardíaca sistólica incluyen los IECA o ARA II, betabloqueantes y bloqueantes de la aldosterona (espironolactona o eplerenona). Una evidencia más reciente del ensayo Paradigm-HF demuestra que el sacubitril / valsartán (un inhibidor del receptor de la angiotensina neprilisina), en lugar de un IECA o ARA II, reduce la mortalidad por todas las causas y la mortalidad cardiovascular, junto con la mejora de los síntomas y también disminuye las hospitalizaciones.

Los tratamientos que no alteran la mortalidad, a pesar de mejorar los síntomas, y potencialmente reducen las hospitalizaciones, en la insuficiencia cardíaca sistólica incluyen: Diuréticos, digoxina e ivabradina. La terapia de resincronización cardíaca, con la implantación de un marcapasos, también es eficaz en mejorar resultados en pacientes seleccionados con insuficiencia cardíaca sistólica.

En el caso de la insuficiencia cardíaca diastólica no está bien establecido y no hay tratamientos (hasta la fecha) que hayan demostrado mejorar la sobrevida en este grupo de pacientes. En cuanto a la mejoría de los síntomas, en particular los relacionados con la congestión de fluidos, la evidencia sugiere que los pacientes se benefician de diuréticos o espironolactona. El manejo óptimo de las comorbilidades, que contribuye al desarrollo de la IC diastólica como la HTA (hipertrofia ventricular izquierda), DBT, enfermedad renal y obesidad.

## Restricción de sodio en la IC: Más preguntas que respuestas.

Publicado el 22 de Enero 2016

Es evidente que todos les decimos a nuestros pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) comer sin sal:

- a. tiene validez fisiopatológica.
- b. Todas las Sociedades cardiológicas lo avalan.

Pero ¿sabías que la recomendación actual: Restricción a

< de 3 g/día para pacientes con IC sintomática es de clase IIa? Es decir basada en el consenso de expertos.

La verdad es que los datos son escasos acerca del impacto de esta medida.

Un nuevo estudio (1) basado en datos observacionales sobre la restricción de sodio del HART se acaba de publicar y lleva conclusiones que contradicen esta aproximación.

La cohorte incluyó 130 pacientes con IC sintomática e ingesta de sodio restringida (media, <2.500 mg/día) y 130 pacientes con consumo sin restricciones (edad media, 63,5 años; 56% hombres; 75% con fracción de eyección reducida).

Se utilizó un cuestionario de frecuencia de alimentos para evaluar la ingesta de sodio al inicio y al año durante 3 años. La restricción de sodio se asoció con un mayor riesgo de la variable principal combinada, muerte u hospitalización por IC (42,3% vs 26,2%; OR 1,85), la tasa de hospitalización fue significativamente mayor. En los análisis secundarios, el riesgo fue significativamente mayor en los pacientes no tratados con IECA o ARA II que entre los que recibieron estos medicamentos.

La debilidad

Llegar a conclusiones de este estudio es difícil debido a que la ingesta de sodio se basó únicamente en el informe del paciente y, sobre todo, debido al diseño del estudio observacional, que inevitablemente tiende a confusión. Sin embargo, el estudio pone de relieve la falta de evidencia de una práctica de rutina en el cuidado de la IC.

Tal vez, con otros estudios tengamos resultados más precisos.

Por ahora los beneficios de recomendar restricción de sodio estricta a los pacientes con IC son simplemente desconocidos.

(1) <http://linkinghub.elsevier.com/retrie.../pii/S221317791500654X>

## ¿Se debería hacer angioplastia coronaria en pacientes con angina crónica estable?

### Lo que necesitas saber

Publicado entre el 14 de Febrero 2016

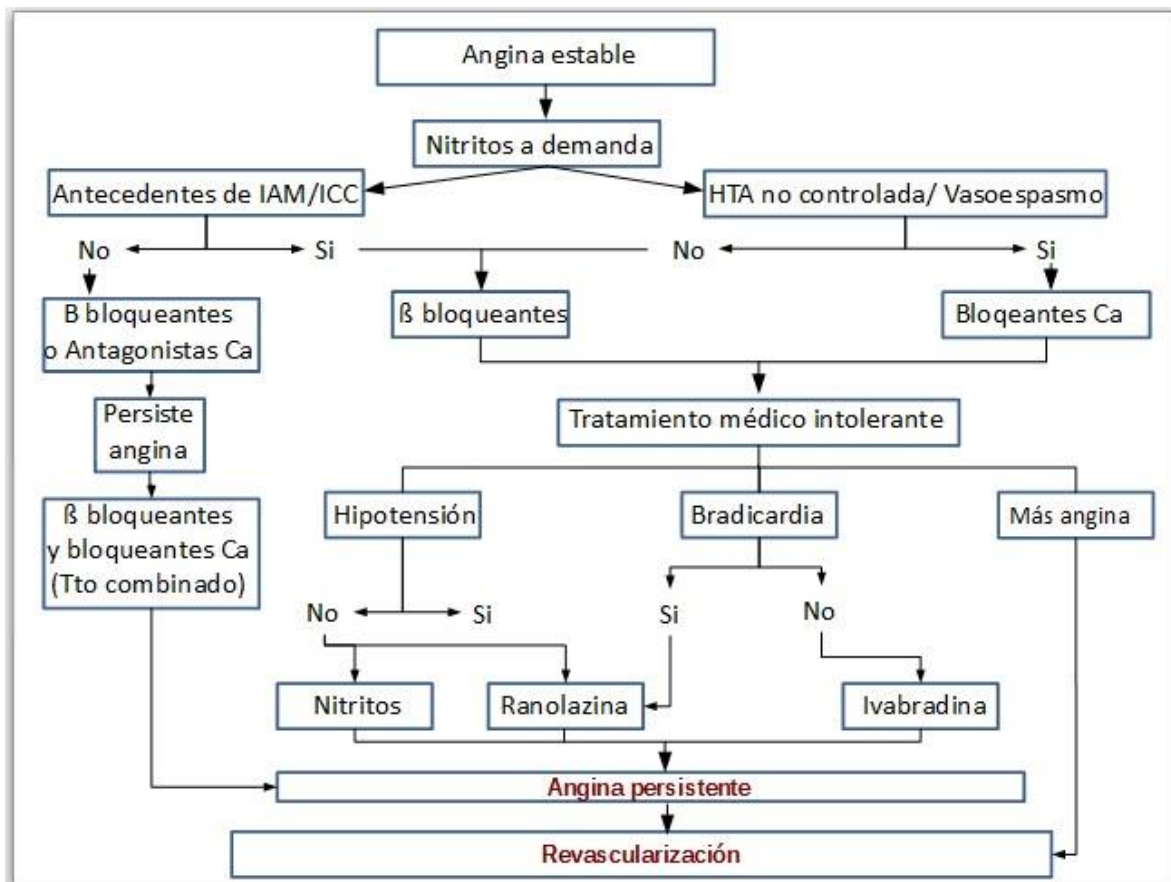
→ El tratamiento de primera línea para la cardiopatía isquémica estable SIEMPRE es el tratamiento médico óptimo ya sea para modificar los factores de riesgo (por ejemplo, aspirina y estatinas) y para aliviar los síntomas (por ejemplo, B bloqueantes o bloqueantes cálcicos).

→ No hay evidencia de que la angioplastia coronaria reduzca las tasas de mortalidad o IAM en la angina estable.

→ Estos procedimientos se indican si los síntomas persisten a pesar del tratamiento con dos medicamentos o si el tratamiento médico no se tolera, y a veces en una etapa temprana se le puede ofrecer a aquellos pacientes con isquemia en > 10% del ventrículo izquierdo.

Ver esquema

<http://www.bmj.com/content/352/bmj.i205>



## ¿Cómo hacés la RCP: Continua o parás para ventilar cada 30?

Publicado el 19 de febrero 2016

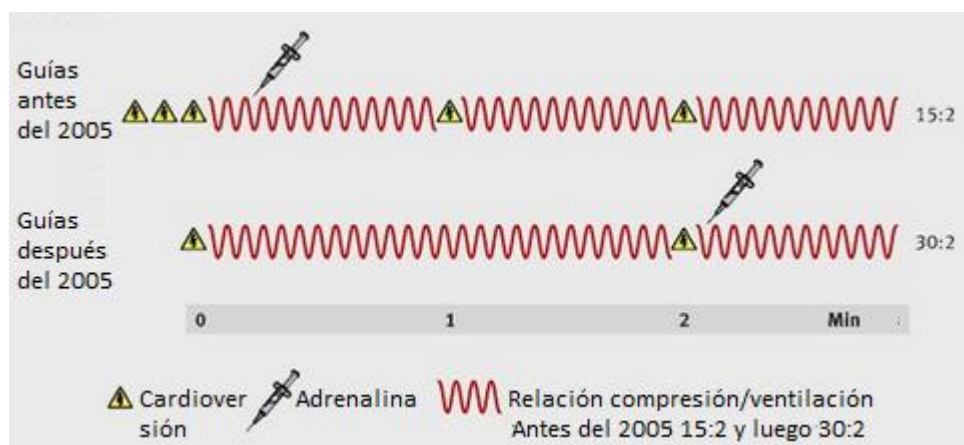
La reanimación cardiopulmonar durante un paro cardíaco fuera del hospital conlleva un riesgo de mortalidad de más del 90%. Por lo general, se supone que la tasa de mortalidad de otro modo sería el 100% (aunque, por supuesto NO hay ensayos que incluyan una rama de no intervención, por lo que no se sabe muy bien.

En este gran ensayo grupos de servicios de emergencia fueron aleatorizados para dar ya sea compresiones torácicas continuas y sin pausas para la ventilación, o parar cada 30 compresiones. No hubo diferencia significativa en el resultado: 9-9,7% de los pacientes sobrevivieron para ser dados de alta del hospital y 7-7,7% tuvieron "función neurológica favorable" al momento del alta.

<http://bit.ly/1HrVX8B>

## Masaje Cardíaco: Antes de las Guías del 2005 y después

Publicado el 23 de abril



<http://www.bmj.com/content/353/bmj.i1858>

## Probabilidad de enfermedad coronaria según forma de presentación y factores de riesgo.

Publicado el 16 de noviembre

Adaptado del clásico estudio de Diamond y Forrester y del Coronary Artery Surgery Study (CASS)

¿Cuál es la probabilidad (expresada en porcentaje) de que los síntomas del paciente se deban a una enfermedad coronaria según sexo, edad y factores de riesgo?

	Dolor torácico no anginoso				Angina atípica				Angina típica			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
Edad (años)	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑
35	3	35	1	19	8	59	2	39	30	88	10	78
45	9	47	2	22	21	70	5	43	51	92	20	79
55	23	59	4	25	45	79	10	47	80	95	38	82
65	49	69	9	29	71	86	20	51	93	97	56	84

Para hombres > de 70 años ya sea que tengan síntomas típicos o atípicos se asume una p > 90%.

Para mujeres > de 70 años se asume una p estimada entre 61-90% EXCEPTO en mujeres de alto riesgo Y síntomas típicos donde la probabilidad es > 90%.

↑ Implica ALTO RIESGO: Diabetes, tabaquismo, e hiperlipidemia

↓ Implica BAJO RIESGO: Ninguna de estas 3.

Las personas en el área celeste NO deberían estudiarse con estudios desencadenantes de angina

Si en cualquiera de las celdas de la tabla un paciente tiene un ECG con cambios en el ST-T o en la onda Q la p aumenta.



## Angina crónica estable

Publicado entre el 27 y el 28 de marzo

La angina de pecho es la manifestación inicial en casi la mitad de todos los pacientes que se presentan con enfermedad de las arterias coronarias.

La presencia de angina de pecho crónica prácticamente duplica el riesgo de eventos CV.

Los estudios que tuvieron un seguimiento entre 1 y 9 años demostraron que en los pacientes con angina, hay factores que se asocian a un mayor riesgo de IAM o muerte:

Edad avanzada, formas severas de la angina, enfermedades coexistentes (enfermedad. renal crónica y DBT) IC, y la incapacidad para realizar una prueba de esfuerzo.

### Definición

La angina de pecho se define por molestias retroesternales (dolor u opresión) de menos de 10 minutos de duración.

Este malestar es provocado por el esfuerzo o el estrés emocional y se alivia con el reposo o mediante la administración de nitroglicerina. De esta forma típica, la angina de pecho es sugestivo de enfermedad arterial coronaria obstructiva, pero otras condiciones comunes como la anemia y la enfermedad cardíaca valvular puede simular una angina típica. La angina de pecho también puede ser atípica, que se manifiesta con síntomas menos característicos tales como disnea o dolor en la mandíbula; presentaciones atípicas son más comunes en mujeres y personas de edad avanzada que entre los hombres y las personas más jóvenes.

El estudio SPRINT (ver publicación 11 y 12 /11/2015) mostró que el riesgo de sufrir un resultado primario compuesto (IAM, otros síndromes coronarios agudos, ACV, ICC o muerte CV) fue 25% menor entre los participantes que fueron asignados a tener una TA sist < de 120 mm Hg.

Por otra parte, un estudio reciente sugiere que el tratamiento de todos los factores de riesgo (cesación tabaquica y disminución de la LDL-c, triglicéridos, TA y glucemia) en los pacientes que tienen DBT y coronariopatía estable disminuye la mortalidad. Este estudio pone de relieve la importancia de tratamiento múltiple de los factores de riesgo.

Estudios provocadores de isquemia

Estudio	Sensibilidad	Especificidad	¿Tiene valor pronóstico?	Otras
Ergometría	45-50	85-90	Sí	Fácil de realizar sólo se usa con un ECG basal normal.
Ecocardiograma stress	80-85	80-88	Sí	No se puede pedir en pactes con BCRD o BCRI y de valor limitado en obesos.
Tecnesio o Thallio	73-92	63-87	Sí	Exposición a radiación.
Ecocardiograma dobutamina	79-83	82-86	Sí	Para pacientes que no pueden realizar ejercicio, puede inducir a arritmias.
RMN dobutamina	79-88	81-91	Sí	Limitado uso en obesos y en pacientes con implantes metálicos, puede inducir a arritmias.
Dipiridamol: Ecocardiograma	72-79	92-95	Sí	No puede usarse en BCRI o BCRD. Más difícil de interpretar en obesos.
Dipiridamol: Thallio	90-91	75-84	Sí	Exposición a radiación.
Dipiridamol: RMN	67-94	61-85	Sí	Limitado uso en obesos y en pacientes con implantes metálicos.
Tomografía emisión de positrones: PET	81-97	74-91	No	Disponibilidad limitada. Puede causar disnea o bloqueo cardíaco.

Varias pruebas que se utilizan para diagnosticar coronariopatía pueden también proporcionar información pronóstica.

#### **PEG estándar:**

Es la prueba menos sensible y no puede definir su extensión, pero la duración del ejercicio, la presencia de alteraciones del segmento ST y la aparición de angina pueden brindar información pronóstica.

#### **Pruebas de esfuerzo con imágenes:**

Normalmente tienen una capacidad superior para detectar enfermedad coronaria sin una pérdida apreciable de especificidad.

Se puede medir:

1. la fracción de eyección que es un dato pronóstico de los más importantes.
2. La funcionalidad del ventrículo izq.
3. La extensión de la isquemia durante el estrés.

Las guías americanas han recomendado el uso de la PEG como prueba de primera línea, aunque en la práctica se utiliza cada vez menos.

Un reciente artículo de revisión recomienda el uso de la PEG para detectar isquemia en pacientes de bajo riesgo (pacientes jóvenes con ECG normal y buena tolerancia al ejercicio).

Una incapacidad para llevar a cabo una prueba de esfuerzo peor pronóstico.

Una prueba de estrés farmacológico (dipiridamol) es útil en los pacientes que no pueden hacer ejercicio.

Una angioTAC también se puede utilizar para evaluar a los pacientes con sospecha enfermedad coronaria, y puede evaluar el grado de la obstrucción coronaria, pero puede sobreestimar el grado de la enfermedad.

## Tratamiento

### AAS

En pacientes en los que se sospecha angina estable, comenzar de inmediato con AAS si aún no estaba tomándolas. Un meta-análisis de ensayos de prevención primaria mostró que la tasa de eventos cardiovasculares fue 18% menor entre las personas que tomaron aspirina que entre los controles ( $P < 0,001$ ), con una tasa 23% menor de IAM entre los que tomaron aspirina. Sin embargo, la aspirina no tuvo un efecto significativo sobre la tasa de muerte por causas cardiovasculares. Entre los pacientes que tomaron aspirina, en comparación con controles, las tasas de hemorragia intracraneal (0,04% vs. 0,03%) y la hemorragia gastrointestinal (0,10% vs. 0,07%) fueron modestamente más altas, y estos eventos fueron raros.

### TA

La presión arterial debe ser  $< 120/85$  mm Hg, si es posible.

### ESTATINAS

Las de moderada intensidad ( $\downarrow$  el LDL-c  $> 30\%$  de los niveles previos al tratamiento). ECA contra placebo han sugerido que las estatinas de alta intensidad (que provocan un  $\downarrow$  del LDL-c con niveles  $>$  de 50%) pueden reducir los episodios de angina y mejorar la tolerancia al ejercicio en pacientes que están recibiendo tratamiento antianginoso. Hay más, un ensayo aleatorio comparando estatinas de alta intensidad con angioplastia coronaria mostró en pacientes con angina crónica estable mostró una menor tasa de eventos cardíacos isquémicos entre los pacientes que recibieron atorvastatina que entre aquellos que se sometieron a angioplastia, aunque las diferencias entre los grupos no lo hizo significantes.

### Cambios en los hábitos de vida

Bajar de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad, cambios en la dieta para reducir la ingesta de grasas y azúcar, y dejar de fumar.

## TRATAMIENTO ANTIANGINOSO

Debe iniciarse tan pronto como se sospeche el diagnóstico. El objetivo es reducir los síntomas de angina inducida por el ejercicio. Los nitratos sublinguales deben indicarse a todos los pacientes con sospecha de angina, y los pacientes deben ser instruidos en cómo usarlos y buscar atención médica si los síntomas no alivian después de que hayan utilizado 3 comprimidos. La terapia antianginosa va a depender de la frecuencia cardíaca en reposo y la TA.

**Terapias Emergentes antianginosas:** Son muy nuevas y hacen falta más estudios: Ranolazina e ivabradina

## ANGIOGRAFÍA

La interpretación visual de la gravedad de las lesiones coronarias identificadas varía considerablemente, y la determinación de la gravedad a través de la interpretación visual puede

llevar a sobrediagnóstico y sobretratamiento.

Por lo tanto, la decisión sobre si realizar la angiografía debe ser separada de la decisión acerca de revascularizar.

La decisión sobre hacer un cateterismo y ver la necesidad de revascularizar (angioplastia o By-pass debería basarse en un enfoque del equipo tratante que incorpora las aportes de cardiólogos intervencionistas y cirujanos cardiotorácicos. La decisión debe tener en cuenta factores clínicos de riesgo, características de la lesión, y los factores hemodinámicos.

Los estudios demuestran que reduce la angina de pecho en pacientes con angina crónica, pero no disminuye la muerte o infarto de miocardio que con el tratamiento médico.

Revascularización debe ser considerada para pacientes que tienen angina de pecho en curso a pesar del tratamiento médico adecuado; este grupo es un 50% de los pacientes con angina de pecho crónica.

Para los pacientes con angina de pecho y son tratados médicamente sin revascularización, la derivación a un programa de rehabilitación cardíaca estructurada debe ser considerado.

N Engl J Med 2016;374:1167-76.

## ¿Se podrán dejar los $\beta$ -bloqueantes o las estatinas post IAM?

Publicado el 30 de septiembre

Es una pregunta que siempre se hacen los médicos que no actúan por imitación. Desde que los primeros ensayos de  $\beta$ -bloqueantes administrados inmediatamente después de un IAM mostraron un modesto beneficio en la supervivencia a corto plazo, en parte mediada por una reducción de la insuficiencia cardíaca.

Mucho tiempo después, los sobrevivientes de un IAM sin insuficiencia cardíaca continúan tomando  $\beta$ -bloqueantes durante años, a menudo de forma indefinida.

Aquí hay alguna evidencia de observación de una base de datos francesa [1] que no define por completo la cuestión de si deberían ser discontinuados, pero nos da una cierta idea.

En 2679 pacientes con IAM y sin insuficiencia cardíaca o disfunción ventricular izquierda, el uso temprano de  $\beta$ -bloqueantes se asoció con una reducción de la mortalidad a 30 días y la suspensión de los mismos al año NO se asoció con una mayor mortalidad después de 5 años.

Diferente es continuar con estatinas:

La mortalidad a cinco años para los que continúan tomando estatinas es menor en los pacientes que continúan con las estatinas al año (razón de riesgo 0,42, (IC 0,25 a 0,72)) en comparación con aquellos que interrumpieron las estatinas. Esto confirma el beneficio de las estatinas en prevención secundaria (¡NO en prevención primaria!).

[1] <http://www.bmj.com/content/354/bmj.i4801>

## Enfermedad Arterial Periférica

### ¿Pedís que midan el índice T/B?

Publicado el 7 de abril

Esta es una medición por eco doppler (no invasiva), rápida, de gran alcance en la evaluación de la EAP, que debe ser llevada a cabo por alguien capacitado en el procedimiento.

El ITB cuantifica la gravedad de la oclusión arterial en piernas con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 100%.

Limitaciones:

Tiene sus limitaciones en pacientes con DBT, enfermedad renal en etapa terminal y fumadores pesados, debido a que las arterias pueden estar calcificadas y dar una lectura falsamente elevada. La estenosis aortoiliaco con buena red colateral puede dar una lectura normal del ITB.

¿Cómo se realiza la prueba ITB?

1. El paciente debe estar acostado y en reposo durante 15-20´
2. Aplicar el manguito estándar de 15 cm (para una pierna de gran tamaño, es necesario el manguito para obesos) aproximadamente 2 cm por encima de los maléolos.
3. Detectar los pulsos de la tibial posterior y anterior.
4. Se aplica el transductor primero sobre la arteria tibial anterior.
5. Se infla el manguito hasta que no se escucha señal alguna.
6. Se desinfla el manguito hasta que se escucha la primera señal (presión sistólica).
7. Se repite igual procedimiento para la arteria tibial posterior.
8. Se mide la TA sistólica de la arteria humeral (bilateral)
9. La mayor de las dos presiones (tibial anterior y posterior) se toma como numerador y la mayor de las dos presiones humerales como denominador.

El ITB normal está entre 0,9 - 1,2 en la posición supina.

En presencia de síntomas típicos de EAP, un ITB normal no lo excluye.

En esta situación, la medición ITB debe repetirse después de la prueba de esfuerzo.

### Interpretación ITB

Valor	Interpretación	Acción
> 1.2	Anormal endurecimiento	Modificar F de R CV
0,9-1,2	Normal	Ninguna acción
<0,9	EAP	Modificar F de R CV
<0,5	EAP severa	Ic URGENTE

## Enfermedad Arterial Periférica

Publicado el 1 de junio

Sabías que...

Sólo el 10% de las personas que tienen enfermedad arterial periférica se presenta con los síntomas clásicos del “mirador de vidrieras”: Camina ....Duele.....Se para... Mejora

El 40% tendrá síntomas de claudicación atípica. Molestias en pierna o fatiga. A menudo, se le adjudica erróneamente a la artrosis, neuropatía o miopatía, pero no a la enfermedad arterial periférica.

Hasta el 50% de los individuos se clasifican como asintomáticos, lo cual es probablemente un término equivocado, porque muchos pacientes que tienen enfermedad arterial periférica están presentando síntomas que les impide caminar o hacer ejercicio. Parecen asintomáticos pero no son tan activos como antes.

La otra presentación menos prevalente es la de isquemia crítica de las extremidades crónica o aguda, y que es donde existe un cese grave del flujo de sangre a la pierna.

## **Dietas y enfermedad cardiovascular**

**Publicado el 18 de mayo**

### **1. Dieta baja en grasa:**

En el estudio Women Initiative Health, un ensayo clínico aleatorizado de 48835 personas la reducción total de energía proveniente de las grasas fue de 36.4% (basal) a 24.3% y **NO TUVO INCIDENCIA SOBRE LA ENFERMEDAD CARDÍACA, EL ACV O LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR TOTAL.**

### **2. Dieta hidrocarbonada:**

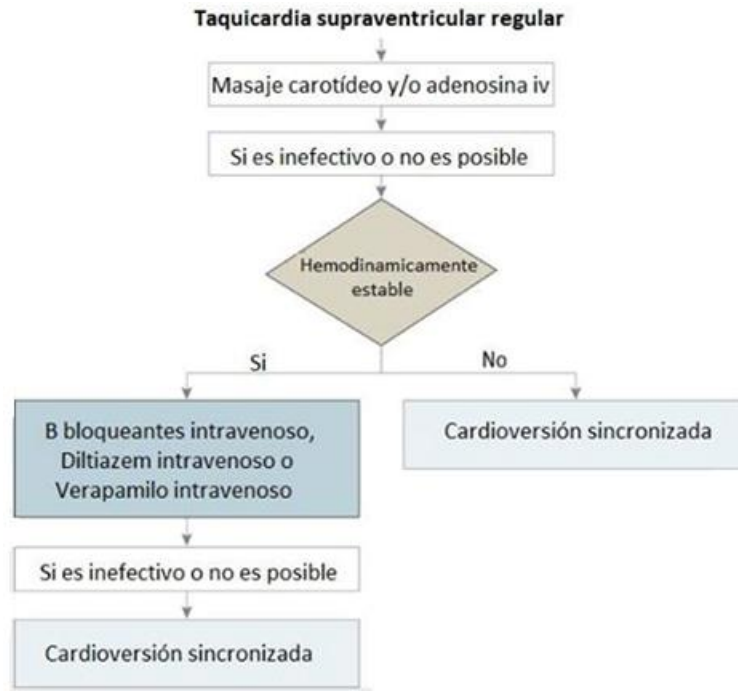
En un análisis de datos a nivel individual de 11 estudios de cohortes prospectivos en Estados Unidos, Europa e Israel que incluyeron 344.696 participantes, cada 5% adicional de energía consumida por hidratos de carbono en vez de grasas saturadas, hubo un 7% más de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Circulation 2013: e28-e292



## Taquicardia supraventricular. Algoritmo de manejo.

Publicado el 16 de junio



[http://cardiology.jamanetwork.com/article.aspx...|article\\_engagement&utm\\_campaign=article\\_alert&linkId=25446946](http://cardiology.jamanetwork.com/article.aspx...|article_engagement&utm_campaign=article_alert&linkId=25446946)

## La presión arterial óptima en la estenosis aórtica asintomática

Publicado el 22 de agosto

Existe poca evidencia para identificar cuál es la TA óptima en personas con estenosis aórtica. Las guías de la ACC / AHA (American Heart Association) sobre la enfermedad valvular cardíaca provee una recomendación de clase I que la hipertensión en pacientes asintomáticos con estenosis aórtica deben seguir los enfoques estándares.

Para identificar la TA óptima en estos pacientes, un nuevo estudio (1) utilizó datos de observación de un estudio de intervención con simvastatina y ezetimibe en sujetos con estenosis aórtica (Estudio SEAS), que investigó si el tratamiento hipolipemiante intensivo reducía la necesidad de reemplazo valv aórtica o el riesgo de mortalidad CV.

El nuevo análisis incluyó un subgrupo de 1767 pacientes (rango de edad, 45-85) con estenosis aórtica leve a moderada asintomática.

Durante una mediana de seguimiento de 4,3 años ocurrieron: 188 muertes, 66 ACV, 38 IAM y 80 episodios de insuficiencia cardíaca.

En el análisis multivariable, la TA  $<120$  mm Hg, la TA diastólica  $\geq 90$  mm Hg y la presión del pulso  $<50$  mm Hg se asociaron con una mayor mortalidad por todas las causas.

Un promedio de TA sistólica  $<130$  mm Hg se asoció con mayor mortalidad por todas las causas.

La TA marcadamente elevada ( $\geq 160$  mm Hg) también se asoció con un mayor riesgo.

### Conclusiones

Los autores especulan que una TA sistólica de 130-139 mm Hg es óptima para los pacientes con estenosis aórtica asintomática, pero es imposible saber si el tratamiento de TA más elevada reduce el riesgo.

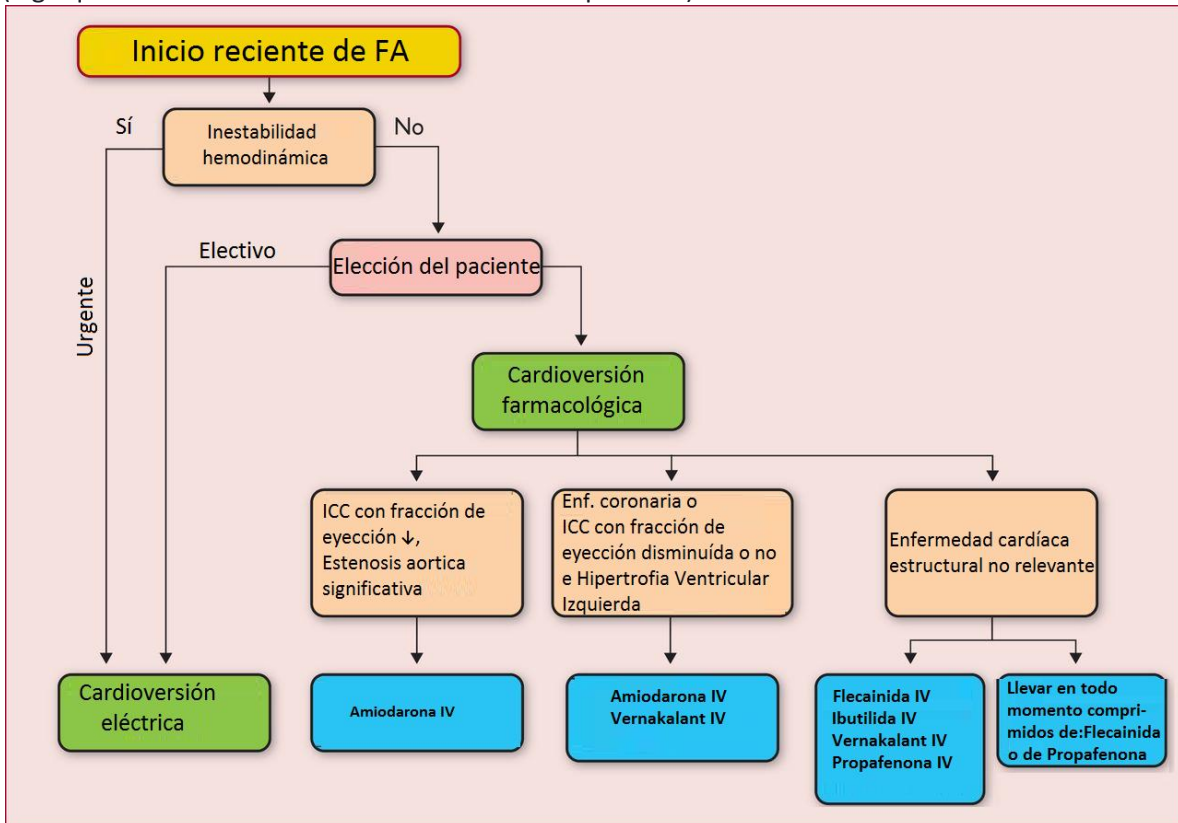
(1) Harlan M. Krumholz, MD, SM Un análisis de Nielsen OW y otros, Circulation 2016 9 Ago.; 134: 455

## Fibrilación Auricular de reciente comienzo.

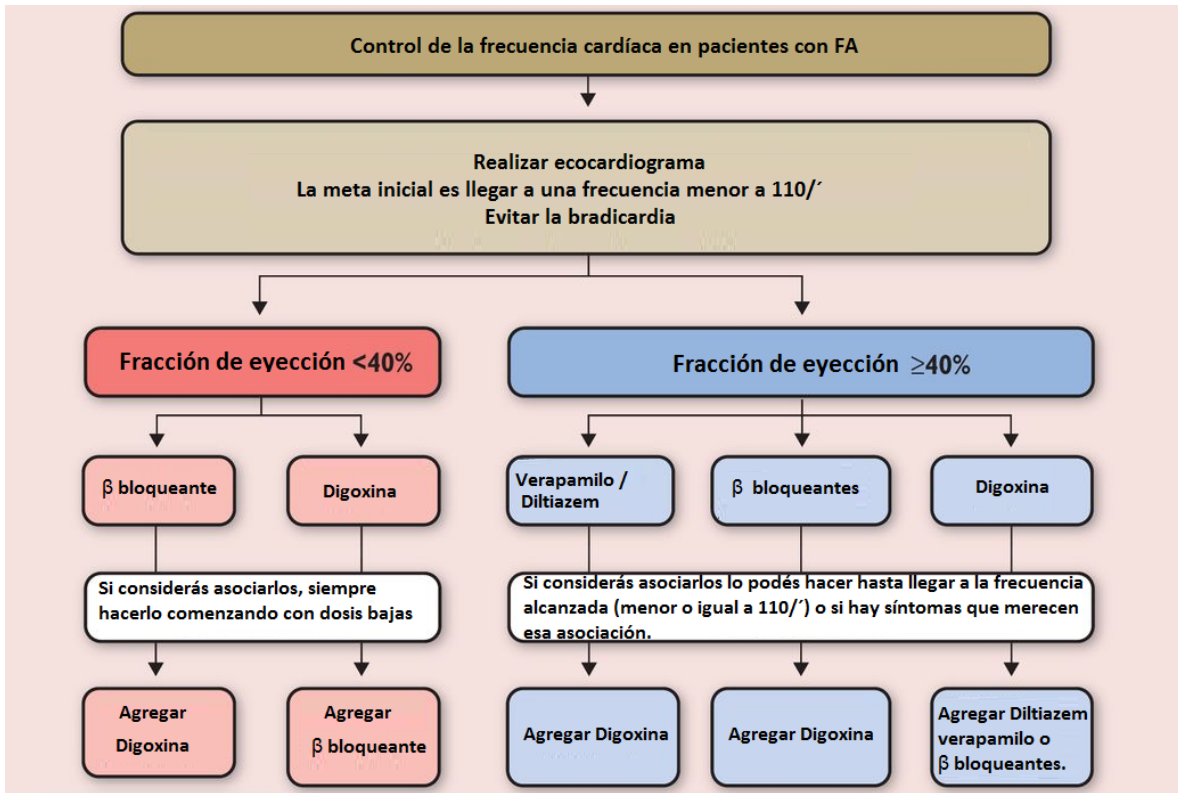
Publicado entre el 2 y el 3 de septiembre

La Asociación Europea de Cardiología sacó las nuevas guías para el manejo de la FA. (1)

Lo interesante es que los especialistas comienzan a colocar elección del paciente en sus algoritmos (algo que hasta ahora sólo se veía en la atención primaria).



(1) <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2016/08/26/eurheartj.ehw210>

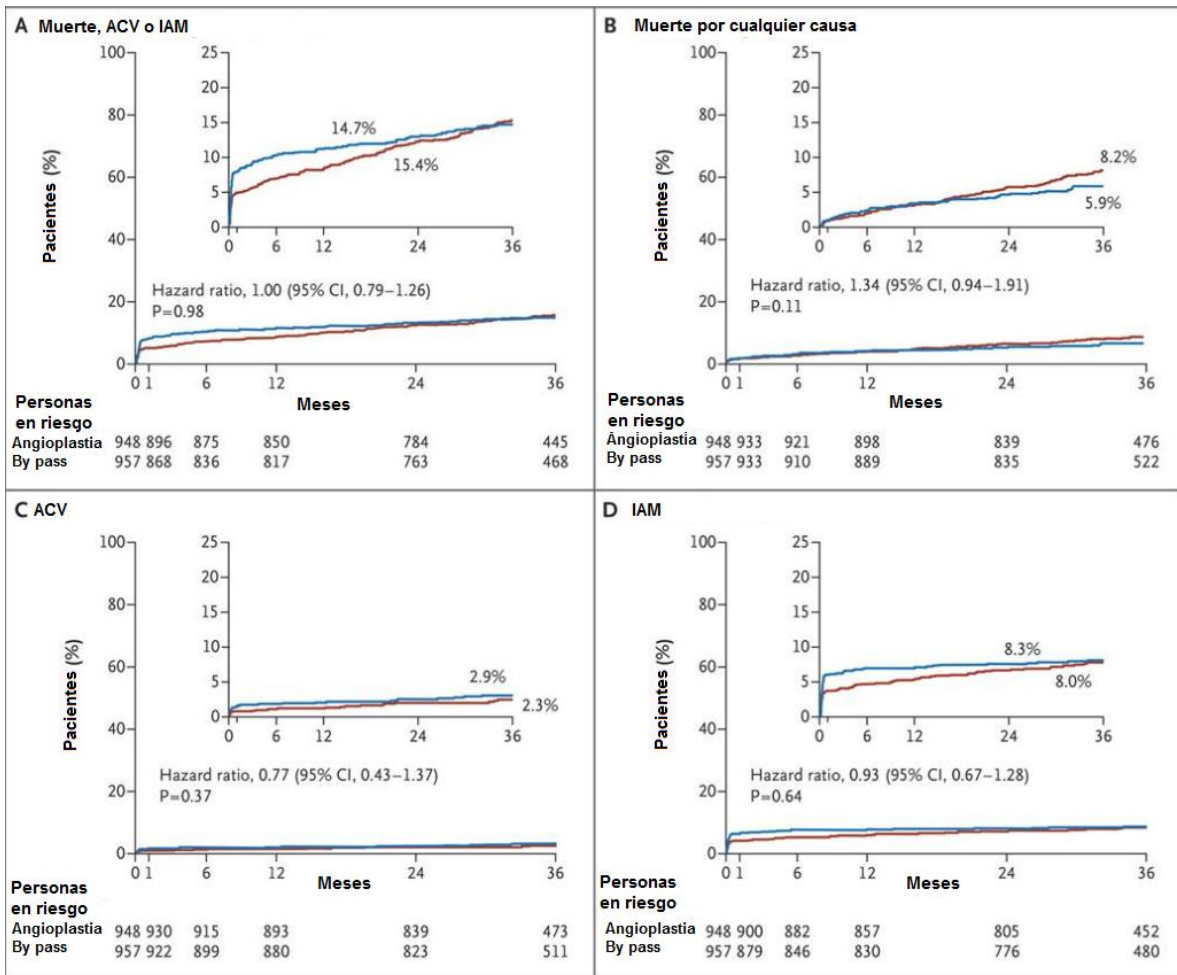


## Compromiso de la coronaria izquierda: Angioplastia o By pass.

Publicado el 12 de diciembre

La enfermedad de la arteria coronaria izquierda se asocia con alta morbilidad y mortalidad debido a que irriga una gran cantidad de miocardio. Las guías europeas y estadounidenses recomiendan que la mayoría de los pacientes con enfermedad de la arteria coronaria izquierda se realicen by-pass coronario.

El EXCEL es un ensayo multicéntrico internacional que compara angioplastia vs by-pass en pacientes con enfermedad de la coronaria izquierda. A los 3 años, no hubo diferencias con respecto a la tasa de muerte, ACV o IAM. Habrá que esperar más trabajos para definir una conducta.



[http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1610227?utm\\_medium=referral&utm\\_source=r360](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1610227?utm_medium=referral&utm_source=r360)

# Hipertensión Arterial

---

**¿Qué pasaría si te dijera que te preocupes más, que tomes más medicamentos, que hagas más visitas al médico y seas más obsesivo acerca de tu salud? Y ¿qué dirías si todo eso NO ayuda a vivir una vida más larga o mejor?**

Publicado entre el 28 y el 29 de febrero 2016

Siempre les decimos a las personas a que se controlen frecuentemente la TA y si la tienen "alta" cambien la dieta o tomen más medicación. Si eso ocurre hay que volverse a tomar convirtiendo todo esto en un ciclo de nunca acabar.

El 9 de noviembre del año pasado, el NEJM publicó el estudio SPRINT que comparó una manera "intensiva" de bajar la TA vs tratamiento "estándar" de la presión arterial.

Se estudió a más de 9.000 personas mayores con TA moderadamente alta, que también se encontraban en riesgo de sufrir enfermedades cardíacas.

La mitad de ellos fue asignada al azar para tratar de lograr una TA sistólica menor a 120.

Los de la rama "intensiva" del estudio tomaron, en promedio, 3 medicamentos antiHTA para llegar a ese objetivo. Comparados con un grupo de tratamiento "estándar", donde los pacientes tenían una meta menor a 140 mm y en promedio tomaban 2 medicamentos.

Después de 3 años de iniciado el ECC, se detuvo debido a que las personas en el grupo "intensivo" estaban mejor.

Sin lugar a dudas, el nuevo estudio se ajusta dentro del mantra dominante, "menos es mejor".

Para las personas cuyas presiones son "moderadamente altas" (por ej. 150/95), ¿vale la pena ser tan agresivos?

Veamos los números:

En el grupo "intensivo" en comparación con el grupo estandar tuvieron

- 0,8% menos casos de ICC
- 0,6% menos casos de muerte CV y
- una reducción en el riesgo global de 1,2% de muerte.

Lo impactante del estudio SPRINT es que a las personas en el grupo de tres medicamentos ("intensivo") les fue peor.

En el grupo intensivo también tuvieron

- Aumento del 1% en hipotensión
- Aumento del 0,6% en síncope
- Aumento del 0,8% en anormalidades electrolíticas
- Aumento del 1,8% en "daño renal o insuficiencia renal aguda."

¿Qué tan bajo deberíamos ir en cuánto a cifras de TA?

Una revisión sistemática publicada en 2009, encontró que el objetivo de TA inferior a 140/90 no es beneficioso. (1)

Esos investigadores examinaron los datos de 7 ensayos en más de 22.000 personas y concluyó: "El uso de más medicamentos en grupos cuyo objetivo de TA era más bajo no prolongó la supervivencia ni redujo el ACV, IAM, ICC o Insuficiencia renal".

En un ensayo clínico las cosas que importan son aquellas con un impacto potencialmente mortal: La mortalidad total y los eventos adversos graves totales en el SPRINT muestra una disminución en la mortalidad total y un aumento de eventos adversos graves no mortales totales con objetivos más bajos.

Una de las cosas que está en el beneficio es una reducción en la mortalidad no cardiovascular, ¿por qué?

Puede un medicamento antiHTA prevenir una muerte por ahogamiento o accidente?

¿Cómo podría ocurrir?

Los resultados del SPRINT se añadieron al de otros 9 ensayos que estudian la misma pregunta, los 10 ensayos en conjunto NO muestran diferencias en la mortalidad.

En otras palabras, los resultados de este ensayo son un caso aparte y no hay evidencia general de que el objetivo de TA más baja haga que las personas vivan más tiempo.

(1) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821384>



## ¿Qué metas de presión arterial son adecuadas en las personas con diabetes?

**¡No ser muy agresivos!**

Publicado el 26 de marzo

El estudio SPRINT (Intervención de la presión arterial sistólica) (Ver posteo del 11 y 12/11/2015) encontró menores tasas de eventos cardiovasculares y mortalidad por todas las causas asociadas con una TA inferior a 120 mmHg en pacientes con mayor riesgo cardiovascular, PERO ESTAS CONCLUSIONES NO INCLUÍAN A PACIENTES CON DBT.

Un nuevo estudio (1) se planteó si los resultados del SPRINT debían extenderse a las personas con DBT.

Durante muchos años, la recomendación fue apuntar a una TA < de 130/80 mm Hg, pero las guías más recientes han retrocedido, y apuntan a una TA < de 140/90 mm Hg.

Este meta-análisis revisó 49 ensayos y abarcó a 73.738 participantes. Sus conclusiones son que LAS PERSONAS CON DBT SÓLO SE TRATEN SI LA TA SISTÓLICA ES SUPERIOR A 140 MM HG.

Si la TA sistólica es menor de 140 mm Hg intentar bajarla agregando más tratamiento podría ser perjudicial.

Una relación en forma de U

Para los pacientes con una PAS inicial > de 150 mm Hg, el tratamiento antiHTA redujo el riesgo de mortalidad por todas las causas (riesgo relativo(RR): 0,89), la mortalidad cardiovascular (RR, 0,75), IAM (RR, 0,74), ACV (RR 0,77), y la enfermedad renal terminal (RR, 0,82). En todos los casos, el intervalo de confianza del 95% no cruzó 1.0.

Los pacientes que tenían una TAS entre 140 a 150 mm de Hg, el tratamiento adicional redujo la mortalidad por todas las causas (RR, 0,87), infarto de miocardio (0,84), y la insuficiencia cardíaca (RR, 0,80). Una vez más, los resultados fueron estadísticamente significativos.

Sin embargo, para los sujetos con TAS basal < a 140 mm Hg, más tratamiento aumentó significativamente el riesgo de mortalidad cardiovascular (RR, 1,15), con una tendencia no significativa hacia un mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa (RR, 1,05). Las diferencias en los otros puntos finales no fueron significativas.

El concepto de una curva en forma de J o en forma de U para la relación entre la presión arterial y la enfermedad cardiovascular se ha demostrado previamente en estudios de observación.

La explicación biológica más probable es que el tratamiento intensivo impide el flujo de sangre y lleva a isquemia.

(1) <http://www.bmj.com/content/352/bmj.i717>

## HTA (1). Elección del tratamiento.

Publicado el 10 de marzo

### Elección de tratamiento antihipertensivo

<b>Paso 1</b>	< 55 años IECA o ARA II
	≥ 55 años Bloqueantes cálcicos (primera elección en pacientes afrodescendientes).
<b>Paso 2</b>	IECA o ARA II + Bloqueantes cálcicos (excepto que tenga posibilidades de IC o Edemas en cuyo caso es preferible diuréticos)
<b>Paso 3</b>	IECA o ARA II + Bloqueantes cálcicos + Tiazidas
<b>Paso 4</b>	HTA Resistente IECA o ARA II + Bloqueantes cálcicos + Tiazidas aumentando de dosis o agregar Espironolactona a bajas dosis. Si la TA no baja o es intolerante a los diuréticos o está contraindicado considerar $\beta$ bloqueantes o $\alpha$ bloqueantes.

BMJ 2016;352:i101

## HTA Clasificación.

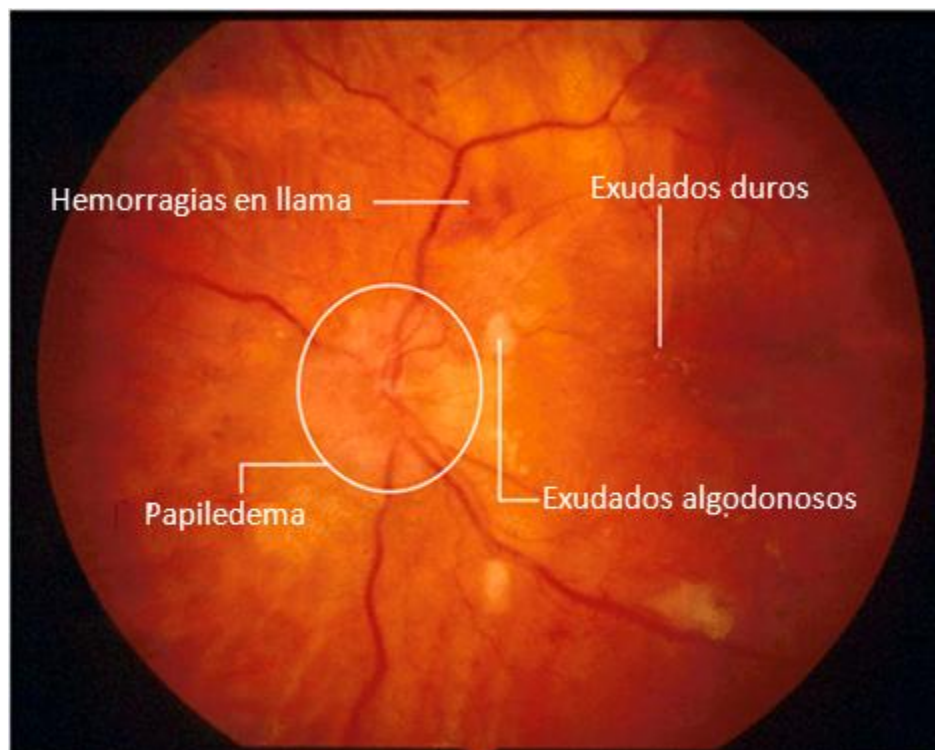
Publicado el 12 de marzo

### Clasificación de HTA

<b>Estadio 1</b>	$\geq 140/90$ en los registros de consultorio o en monitoreos ambulatorios u hogareños un promedio $\geq 135/85$ .
<b>Estadio 2</b>	$\geq 160/100$ en los registros de consultorio o en monitoreos ambulatorios u hogareños un promedio $\geq 165/95$ .
<b>HTA severa</b>	$> 180$ de sistólica o $> 110$ de diastólica.

HTA. Lesiones que se pueden encontrar en el fondo de ojo.

Publicado el 12 de marzo



BMJ 2016; 352:i101

## **HTA. Qué indicar según comorbilidades.**

Publicado el 13 de marzo

### **1) Pacientes con I Renal C**

SIN DBT Según el índice Albumina Ur/creatinina

<30 mg/gr Se puede utilizar el algoritmo publicado el 10/3

≥30 mg/gr IECA o losartan

### **CON DBT y una TA ≥ 130/80**

Según el índice Albumina Ur/creatinina

<30 mg/gr Se puede utilizar IECA

≥70 mg/gr IECA

### **2) DBT tipo I**

IECA o ARAlI, seguido por una tiazida a baja dosis o clortalidona o un bloqueante cálcico de acción prolongada (como amlodipina) como segunda línea

### **3) DBT tipo II**

IECA como primera línea o

Tiazida

### **4) ICC**

Los pacientes hipertensos que ya toman β bloqueantes, IECA o ARA II y cuya presión arterial no está controlada deberá agregarse una tiazida.

### **5) Ancianos**

Después de comenzar a tomar cualquier fármaco antiHTA monitorear para evitar hipotensión postural, especialmente si está tomando alfa bloqueantes.

### **6) Asma o EPOC**

Los β bloqueantes ya no son la primera línea de tratamiento en estos pacientes y no deben ser utilizados de manera rutinaria. Si son necesarias en la EPOC, elegí β bloqueantes cardioselectivos (como bisoprolol) a dosis baja vigilando la función respiratoria.

### **7) Alivio del dolor**

En pacientes que toman IECA o ARAlI, si no se puede interrumpir los AINEs, utilizar los de acción corta (por ej, ibuprofeno) y monitorear los niveles de creatinina y electrolitos.

### **8) Mujeres con HTA en edad fértil**

Evitar el uso de IECA y ARA II.

Elegir un bloqueante cálcico o un β bloqueante como labetalol.

BMJ 2016; 352:i101

## HTA: Diagnóstico y tratamiento

Publicado entre el 11 y el 12 de noviembre

Acaba de salir la actualización de la Guía NICE de HTA [1].

\* Si la TA es 140/90 mmHg o más, ofrecer monitoreo ambulatorio de TA (MAPA) (al paciente se le coloca el holter) para confirmar el diagnóstico de hipertensión. [2011]

\* Si le indicás un MAPA para confirmar el diagnóstico de hipertensión, asegurarse que se tomen al menos 2 medidas/hora durante las horas habituales de vigilia de la persona (por ej, entre las 08:00 y las 22:00).

\* Utilizar el valor promedio de al menos 14 medidas tomadas durante las horas habituales de vigilia de la persona para confirmar el diagnóstico de hipertensión. (2011)

\* Cuando se utiliza el monitoreo domiciliario de la presión arterial (MDPA) (el paciente se toma la presión con un aparato de última generación) para confirmar un diagnóstico de hipertensión, asegúrese de que:

→ Para cada registro de presión arterial, se toman dos medidas consecutivas, separadas por lo menos 1 minuto y con la persona sentada

→ La presión arterial se registra dos veces al día, idealmente por la mañana y la noche.

→ Los registros se realizan durante al menos 4 días, idealmente durante 7 días.

→ Desechar las mediciones tomadas el primer día y utilizar el valor promedio de todas las mediciones restantes para confirmar el diagnóstico de hipertensión. [2011]

[1] <https://www.nice.org.uk/guidance/CG127/chapter/1-Guidance>

## Tratamiento

### Inicio del tratamiento

**A)** Ofrecer tratamiento antihipertensivo a personas menores de 80 años con hipertensión en Estadio 1 que tengan uno o más de los siguientes síntomas:

→ Daño de órgano blanco

→ Enfermedad cardiovascular establecida

→ Enfermedad renal

→ Diabetes

→ Un riesgo cardiovascular a 10 años equivalente al 20% o mayor. [2011]

**B)** Ofrecer tratamiento antihipertensivo a personas de cualquier edad con hipertensión en Estadio 2. [2011]

Para las personas menores de 40 años con hipertensión en estadio 1 y sin evidencia de daño de órgano blanco, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal o diabetes, considere la posibilidad de buscar una evaluación especializada de las causas secundarias de hipertensión y una evaluación más detallada del posible daño de órgano blanco.

Esto se debe a que las evaluaciones de riesgo cardiovascular a 10 años pueden sobre estimar el riesgo de eventos cardiovasculares durante toda la vida en estas personas. [2011]

### **Monitoreo de los objetivos de tratamiento y presión arterial**

Para las personas identificadas como teniendo un "efecto de guardapolvo blanco" [1], considere el MAPA (holter) o el MDPA como un complemento a las mediciones de presión arterial en el consultorio para controlar la respuesta al tratamiento antiHTA con modificación del estilo de vida o fármacos. [2011]

Elegir tratamiento antihipertensivo

Ofrecer a las personas de 80 años o más el mismo tratamiento antihipertensivo que las personas de 55 a 80 años, teniendo en cuenta las comorbilidades. [2011]

#### Paso 1: **Bloqueantes Cálculos**

Personas mayores de 55 años

Iniciar tratamiento antihipertensivo con un bloqueante cálcico

A pacientes afroamericanos de cualquier edad.

Si el mismo no es adecuado, por ejemplo por edema o intolerancia, o si hay evidencia de insuficiencia cardíaca o un alto riesgo de insuficiencia cardíaca, ofrezca un diurético (tipo tiazida (ver siguiente)). [2011]

Si se debe iniciar o cambiar el tratamiento con diuréticos, es preferible dar un diurético similar a tiazida, como clortalidona (12,5 - 25 mg una vez al día) o indapamida (1,5 mg de liberación modificada o 2,5 mg una vez al día), antes que una tiazida convencional (como la hidroclorotiazida). [2011]

Para las personas que ya están recibiendo tratamiento con hidroclorotiazida y cuya presión arterial es estable y bien controlada, continuar el tratamiento con lo mismo. [2011]

#### Paso 2: **Bloq Ca + IECA + ARA II**

Si la TA no está controlada en la etapa 1, agregar: IECA o ARA II. [2011]

#### Paso 3:

Antes de considerar agregar o modificar algo, revise la medicación para asegurar que el tratamiento del paso 2 esté en las dosis óptimas o mejor toleradas. [2011]

Si se requiere tratamiento con tres fármacos, se debe utilizar la combinación de un IECA o un ARA II, un bloqueador de calcio y un diurético de tipo tiazídico. [2006]

#### Paso 4

Para el tratamiento de la hipertensión resistente:

Considerar el tratamiento diurético con dosis bajas de espironolactona (25 mg una vez al día) si el nivel de potasio en sangre es de 4,5 meq/l o menos.

Tener especial precaución en personas con un clearance disminuído porque tienen un mayor riesgo de hiperpotasemia.

Considere la posibilidad de una dosis más alta de diuréticos de tipo tiazídico si el nivel de potasio en sangre es superior a 4,5 meq/l. [2011]

[1] Una discrepancia de más de 20/10 mmHg entre mediciones diarias de la presión arterial de la MAPA y de la media de la MDPA al momento del diagnóstico.

<https://www.nice.org.uk/guidance/CG127/chapter/1-Guidance>

## Etapa 1 de la hipertensión. ¿Qué es?, ¿Cómo se trata? (De la Guía del NICE 2015)

Publicado el 23 de noviembre

Definición:

Una presión arterial clínica inicial de 140/90 mm Hg o superior, y  
Un promedio de TA medida en forma ambulatoria de 135/85 mm Hg o superior o  
Un promedio de TA posterior de 135/85 mm Hg o más tomada por monitoreo domiciliario de TA.

### Tratamiento de la HTA en estadio 1

Ofrecer consejos de estilo de vida a los pacientes con HTA en estadio 1, incluyendo consejos sobre la importancia de una dieta saludable, ejercicio regular, dejar de fumar y evitar el consumo excesivo de alcohol, cafeína y sal.

### Sólo iniciar el tratamiento antihipertensivo si:

Los pacientes tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Los ejemplos incluyen pacientes con:

- \* Diabetes
- \* Enfermedad renal crónica
- \* Enfermedad cardiovascular establecida: Esto incluye enfermedad cardíaca isquémica o insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica.

Tienen daño de órgano blanco

Esto incluye

- \* Aumento de la proporción Albúmina urinaria / creatinina
- \* Retinopatía hipertensiva en el fondo de ojo
- \* Hipertrofia ventricular izquierda en el ECG
- \* Un riesgo de enfermedad cardiovascular de 10 años de más del 20%.

En pacientes más jóvenes:

Las evaluaciones de riesgo cardiovascular a diez años pueden subestimar el riesgo cardiovascular en pacientes jóvenes.

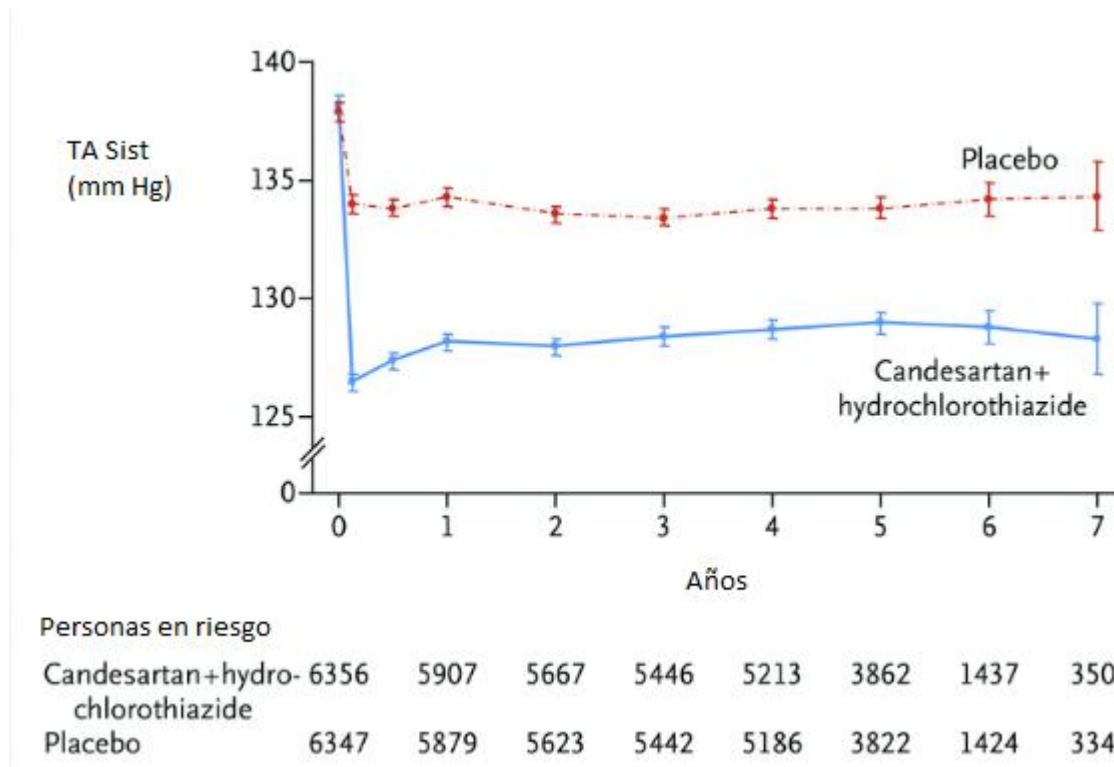
Considerará hacer una derivación especializada en pacientes menores de 40 años sin causa subyacente evidente para su HTA en estadio 1, como enfermedad cardiovascular, enfermedad renal o diabetes.

Esto es para descartar una causa secundaria de HTA, así como para llevar a cabo una evaluación detallada de daño de órgano diana.

### HTA y estatinas en prevención primaria. El Estudio HOPE - 3

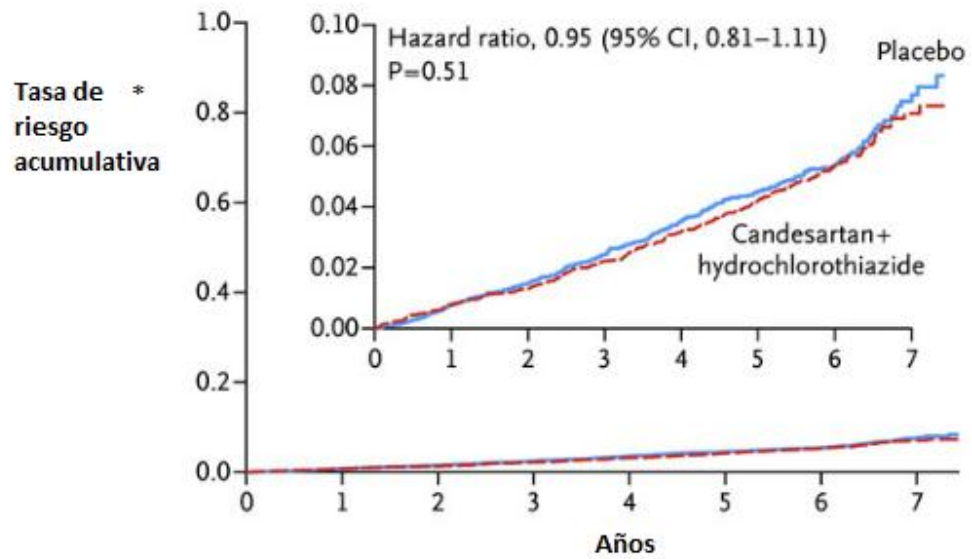
Publicado entre el 4 y el 5 de abril

El estudio Hope tiene una rama donde se trató la HTA en forma intensiva:





\* Muerte de causa cardiovascular, ACV, IAM, Paro cardíaco, revascularización o ICC

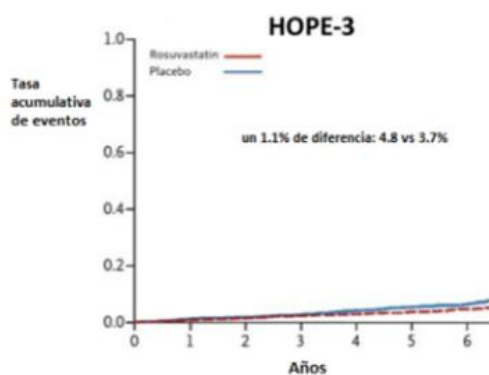


**Personas en riesgo**

Candesartan+hydrochlorothiazide	6356	6272	6200	6103	5968	4969	2076	522
Placebo	6349	6270	6198	6096	5967	4970	2075	488

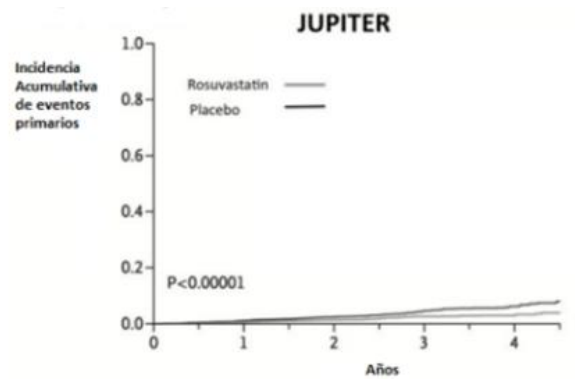
En 2008 el Estudio JUPITER demostró que las estatinas en prevención primaria no modificaba ningún resultado CV. El estudio HOPE-3 tuvo otra rama de estatinas en prevención primaria que demuestra exactamente lo mismo.

[10.1056/NEJMoa1600176](http://10.1056/NEJMoa1600176)



**Personas en riesgo**

Placebo	2118	2083	2055	2018	1967	1638	674
Rosuvastatin	2117	2091	2068	2034	1999	1662	694



**Personas en riesgo**

Rosuvastatin	8901	8631	8412	6540	3893	1958	1353	983	538	157
Placebo	8901	8621	8353	6508	3872	1963	1333	955	531	174

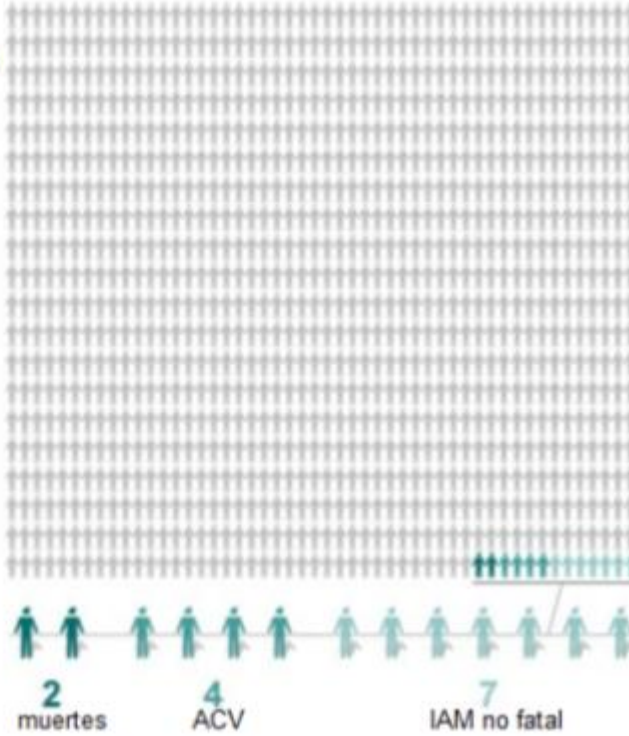
Estatinas en prevención primaria: Estudio Hope-3

De cada 1000  
tratados

987 **NO** se  
beneficiarán  
13 se  
beneficiarán

= 1.3%

se  
beneficiarán



## Bajar la TA a personas mayores de 75 años.

### Conclusiones del SPRINT.

Publicado el 23 de mayo

Objetivo: Evaluar los efectos de intensificar el tratamiento antihta para disminuir la TA Sist a <120 mm Hg en comparación con el estándar <140 mm Hg en personas de > 75 años con hipertensión, pero sin diabetes.

Ensayo clínico multicéntrico aleatorizado de pacientes de 75 años o más que participaron en el Estudio de Intervención de la presión arterial sistólica (SPRINT).

Intervención: Los participantes se asignaron al azar a

a. un grupo cuyo objetivo TA sist fue < de 120 mm Hg (grupo tratamiento intensivo, n = 1317)

b. un grupo cuyo objetivo de TA sist fue < de 140 mm Hg (grupo tratamiento estándar, n = 1319).

Resultados:

El resultado de enfermedad CV primario fue una combinación de IAM no fatal, síndrome coronario agudo sin IAM, ACV no fatal, IC descompensada aguda no fatal y muerte por causas cv.

La mortalidad por cualquier causa fue un resultado secundario.

Resultados Entre 2636 participantes (edad media, 79,9 años; 37,9% mujeres), 2510 (95,2%) proporcionaron datos de seguimiento completos. Con una mediana de seguimiento de 3,14 años, hubo una tasa significativamente más baja del resultado primario compuesto (102 eventos en el grupo de tratamiento intensivo vs 148 eventos en el grupo de tratamiento estándar; hazard ratio [HR] 0,66 [IC95%, 0,51 a 0,85]) y la mortalidad por todas las causas (73 muertes vs 107 muertes, respectivamente; HR 0,67 [IC 95%, 0,49 hasta 0,91]).

La tasa global de acontecimientos adversos graves no fue diferente entre los grupos de tratamiento (48,4% en el grupo de tratamiento intensivo vs 48,3% en el grupo de tratamiento estándar; HR, [IC del 95%, 0,89-1,11] 0,99).

Eventos adversos

	Tratamiento intensivo	Tratamiento estándar
Hipotensión	2,4%	1,4%
Síncope	3%	2,4%
Alteraciones electrolíticas	4%	2,7%
I renal aguda	5,5%	4%
Caidas	4,9%	5,9%

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx...>

## Ni mucha ni poca sal.

Publicado el 5 de junio

Un nuevo estudio está siendo noticia en todo el mundo que se suma a la discusión de la cantidad de sal necesaria para nuestras vidas (1) y debemos actualizar nuestras suposiciones previas en base a estos resultados. Hicimos hace unas semanas una aproximación al mismo.

Este nuevo estudio es un meta-análisis que examinó el consumo de sal asociado con IAM, ACV y muerte, pero contribuyó a la discusión mediante la inclusión de la presión arterial alta.

Se analizó cómo afecta el consumo de sal las personas con TA elevada en comparación con aquellos con presión arterial normal.

Esto es importante porque, la recomendación es que las personas con HTA disminuyan drásticamente la sal. Parece que hay una muy buena evidencia de que las personas con HTA que consumen una cantidad excesiva de sal deben reducir su consumo. Sin embargo, la evidencia no apoya la idea que las personas con TA normal tengan que bajar la cantidad de sal.

Los investigadores tomaron datos de cuatro grandes estudios que compararon en conjunto más de 133.000 personas de 49 países, seguidos por un período promedio de más de 4 años. Las personas fueron separadas casi a partes iguales entre aquellos con y sin hipertensión.

Los investigadores encontraron que las personas con HTA tenían mayor sensibilidad al sodio. Las personas con HTA aumentaban 2,1 mmHg la presión arterial por c/gramo adicional de sodio frente a sólo 1,2 mm Hg en personas normotensas.

También encontraron que las personas con HTA que consumieron más de 7 gr de sodio/día tuvieron significativamente mayores tasas de problemas cardíacos y muerte que los que consumían 4 o 5 gr de sal al día.

Pero para las personas con presión arterial normal, que consumen más de 7 gr/día no tuvieron más riesgo en comparación con los que consumían 4 o 5 gr/día.

En otras palabras, el consumo excesivo de sal parece ser un factor de riesgo para las personas con HTA. Pero esa misma preocupación no se observa en personas con presión arterial normal.

Hay más. Un creciente cuerpo de evidencia muestra que bajar a niveles muy bajos el consumo de sal puede estar haciendo más daño que bien.

Las personas con HTA que consumían menos de 3 gramos de sodio/día tuvieron un mayor riesgo de malos resultados que los que consumieron 4 o 5 gr.

**INCLUSO TUVIERON PEORES RESULTADOS QUE LAS PERSONAS QUE CONSUMÍAN MÁS DE 7 GRS.**

Un aumento del riesgo también se observó en las personas con presión arterial normal que consumieron menos de tres gramos al día. Estos resultados se mantuvieron incluso cuando los investigadores excluyeron a los pacientes con enfermedad cardiovascular, por lo que parece poco probable que estos resultados podrían deberse a que las personas enfermas eran los que consumían las cantidades más bajas de sodio.

A pesar de que esta nueva evidencia sale a la luz, el consejo es aún consumir menos de 2,3 gr de sodio/día. La OMS todavía dice que debe ser inferior a 2 gramos, y la Asociación Americana del Corazón dice que debe ser inferior a 1,5 gramos para muchas personas y ha refutado enérgicamente este nuevo estudio.

Poner el consumo a niveles tan bajos no será fácil. Más del 95% de las personas en el mundo que han sido estudiadas consumen más de 3 gr de sodio/día.

Las personas con HTA que consumen más de 7 gramos de sal al día deben reducir su consumo.

(1) [http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736\(16\)30467.../fulltext...](http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736(16)30467.../fulltext...)

## La urgencia hipertensiva: Sí, la que llega al consultorio asintomático y en un control le toman 180/110, ¿tiene que ir a la guardia o tratarse en ese momento o a su casa?

Publicado el 17 de junio

Las cifras de TA cambian todo el tiempo en respuesta a varios factores emocionales. Nunca son estáticas, por lo que una sola lectura aislada puede ser muy engañosa, especialmente si los pacientes son temerosos, están enfermos o estresados.

La HTA en sí no es una enfermedad, sino un factor de riesgo para otras enfermedades. Se ha estudiado durante décadas, y sin embargo permanece la confusión dentro de la clasificación actual.

### Categorías

Los médicos siempre tenemos en la cabeza 2 categorías trascendentes:

a. La más común son las consultas de TA crónicamente elevadas, con lecturas persistentemente por encima de 140/90 mm Hg; que son un factor de riesgo significativo para enfermedad coronaria o ACV. Todos estamos de acuerdo que la reducción de estos niveles a través de la modificación del estilo de vida o fármacos disminuye el riesgo de sufrir estos eventos.

b. La categoría más grave (y muy rara) es la Emergencia Hipertensiva: Cuando hay síntomas y signos sugestivos de encefalopatía combinados con lecturas de TA muy altas. Esta situación siempre requiere internación.

Pero existe una categoría intermedia: la **Urgencia Hipertensiva** que ocurre en el 5% de las consultas cuando se determina una medida elevada de TA ( $\geq 180$  mmHg y/o  $\geq 110$  mmHg) en ausencia de síntomas.

La misma causa una enorme ansiedad en los pacientes y resulta ser engañosa para los ojos del personal de salud que adopta una conducta sobreprotectora asociándola a la emergencia hipertensiva. Los pacientes permanecerán en guardia mucho tiempo o incluso algunos se internarán, se les harán estudios y se los medicará. La teoría dice que **esta entidad es poco útil, no representa un cuadro maligno y no tiene mal pronóstico**. Bajo estas circunstancias, causa más daño que beneficios en innecesario temor, estrés, efectos adversos de la medicación y rótulo. Un nuevo estudio (1) puso la lupa sobre la urgencia hipertensiva.

Sólo un 4.8% de pacientes tuvieron el diagnóstico de urgencia hipertensiva (la muestra fue de más de 2 millones de pacientes).

852 pacientes fueron enviados a casa en comparación con 426 pacientes que fueron al hospital, SIN diferencias significativas en eventos CV a los 7 días, 8 a 30 días, o 6 meses.

Los pacientes enviados a su casa fueron más propensos a tener la TA no controlada al mes, pero no fue así a los 6 meses. Los pacientes que fueron enviados a sus casas tuvieron tasas de ingreso hospitalario inferiores a los 7 días y a los 30 días.

Por supuesto que los pacientes que fueron al hospital desencadenaron muchos estudios pero sin ningún beneficio. Sólo 41 (5,5%) tuvieron resultados anormales.

Se realizaron 60 exploraciones tomográficas (49 de cerebro y el resto de tórax), todas normales (aunque hay daño de irradiación y daño potencial de falsos positivos).

Sin embargo, más de la mitad de los pacientes internados terminó tomando 2 o más antihipertensivos y más de un tercio tomó 3 o más.

Este estudio ofrece una visión reveladora en cuanto a la necesidad de tener una visión diferente del cuadro de urgencia hipertensiva.

(1) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27294333>

## La urgencia hipertensiva.

Publicado el 13 de septiembre

Estás en el consultorio viendo un paciente, y le tomás la presión arterial: 190/110.

Le decís que se relaje 5 minutos y la volvés a tomar, esta vez en ambos brazos: 190/110.

No hay síntomas. ¿Qué hacés?

La situación que acabo de describir es conocido como urgencia hipertensiva, que es una TA sistólica por encima de 180 o una TA diastólica superior a 110 SIN ninguna evidencia de lesión de órganos blanco.

Qué hacer con los pacientes en esta situación, es una zona gris que, gracias a un artículo que aparece en el Archives of Internal Medicine, puede finalmente ver la luz del día.

Los métodos

El estudio, de la Clínica de Cleveland, nos da algunos datos muy importantes. Así es cómo se ha hecho: Los investigadores identificaron a todos los pacientes que tenían una visita ambulatoria con urgencia hipertensiva durante un periodo de tiempo de 6 años.

De más de 1 millón de consultas, un poco menos de 60.000 (el 5%) tuvieron registros de TA en consonancia con urgencia hipertensiva.

Algunos de esos individuos fueron enviados al hospital para su evaluación, el resto fue enviado a casa. ¿Qué porcentaje creés que fue a la guardia?

¡Menos del 1%!

Ahora bien, ¿cómo se puede evaluar si enviar a alguien a la guardia es la decisión "correcta"?

Ojo! que tampoco hay que caer en el supuesto de que enviar a alguien al hospital es una opción "segura".

El problema es que los que los mandaron a la guardia tuvieron cifras más altas que los que fueron enviados a la casa (media de 198 de TA sistólica en comparación con 182 mm Hg en los enviados a casa).

Para crear una evaluación de los efectos de enviar a alguien al hospital, los autores realizaron un score de puntuación. Básicamente, NO encontraron alguna característica diferencial entre los enviados a la casa o a la guardia. EN NINGÚN CASO AUMENTÓ EL RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES ADVERSOS.

Un hallazgo curioso

Las personas enviadas a la guardia eran mucho más propensas a tener un ingreso por guardia en algún momento en los próximos 8 - 30 días en comparación con los que se van a su casa.

Al final me llevo a casa dos cosas de este estudio.

En primer lugar, la sorprendentemente baja tasa de readmisión al hospital por urgencia hipertensiva.

Para el paciente adecuado, un médico de atención primaria dedicado probablemente puede hacer tanto bien como un costoso viaje a la guardia servicio de urgencias.

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx...>

## ¡Siempre que llego a la HTA de guardapolvo blanco (GB) me hago lío!

Publicado el 7 de noviembre

No es fácil esclarecer el tema de si hay que tratar a las personas que tienen cifras altas en el consultorio pero normales ante otras circunstancias.

Acaba de publicarse un artículo [1] que utilizando datos de una base de datos de 11 cohortes, los investigadores compararon la TA ambulatoria diurna con la TA convencional en 653 pacientes no tratados con HTA de GB, definida como TA elevada en el consultorio pero normal ambulatoria y 653 controlados por edad y cohorte con TA normal.

A cada paciente se le asignó un puntaje de riesgo de 5 fases, con bajo riesgo definido como 2 o menos factores de riesgo y alto riesgo definido como 3 a 5 factores de riesgo, diabetes y/o antecedentes de un evento cardiovascular.

Cuando se hizo un modelo de regresión lineal por etapas, encontraron que el efecto sistólico de la HTA de GB aumentó 3,8 mm Hg (IC del 95%, 3,1-4,6) por cada 10 años de edad y no difirió entre los participantes de bajo riesgo y alto riesgo y en aquellos con eventos cardiovasculares previos o sin.

Durante una mediana de 10,6 años de seguimiento, los nuevos eventos de Enf CV ocurrieron con más frecuencia en 159 participantes de alto riesgo con HTA de GB en comparación con 159 participantes de edad y cohorte con TA normal pero con alto riesgo de CV (FC ajustada = 2,06; IC del 95%: 1,1-3,84).

Sin embargo, no hubo diferencias en el riesgo de nuevos eventos de Enf CV entre 494 participantes de bajo riesgo con HTA de GB y 494 participantes de bajo riesgo con TA normal, según los investigadores.

¿Envejecer será el factor clave?

Al realizar un análisis de subgrupos por edad, determinaron que la asociación entre la HTA de GB y los nuevos eventos de Enf CV estaban restringidos a los mayores de 60 años con alto riesgo de Enf CV pero no en los de bajo riesgo (FC ajustada = 0,88; CI, 0,51-1,53; P para la interacción = 0,044).

Se necesita más evaluación

En el editorial que acompaña al artículo, se piensa que "el número extremadamente pequeño de eventos no permitió un análisis adecuado del riesgo CV en los estratos de población más jóvenes. Tampoco estamos seguros de que los sujetos de edad avanzada con alto riesgo CV sean tan pocos. Una edad avanzada puede conducir a una alta condición de riesgo CV casi "per se".

[1]<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=2572333>

## ¿Cuál es la diferencia entre hipertensión de guardapolvo blanco y el efecto del guardapolvo blanco?

Publicado el 28 de noviembre

La hipertensión de guardapolvo blanco se observa en aquellos que tienen una TA persistentemente elevada en el consultorio con medición normal en el holter o en el monitoreo domiciliario.

El efecto de guardapolvo blanco es un fenómeno observado en aquellos que ya tienen diagnóstico de hipertensión y cuando se les toma en el consultorio tienen una diferencia con respecto a las tomas en el hogar mayor que la que normalmente se espera. Las guías del NICE definen esto como una diferencia de más de 20/10 mmHg.

Se recomienda que se utilice monitoreo como complemento de las lecturas clínicas para supervisar la respuesta terapéutica.

Es importante identificar aquellos con HTA de guardapolvo blanco o aquellos que sufren el efecto de guardapolvo blanco. Según las guías NICE, entre el 15% y el 30% de las personas tienen este tipo de HTA. Si la medición del consultorio se utiliza por sí sola podría conducir a un sobrediagnóstico de la hipertensión.

### Consejo Práctico

Un estudio (1) examinó otra opción para la monitorización de la presión arterial. Los pacientes fueron asignados al azar a:

Uso continuo de la medición manual de la presión arterial (control) o

Medición automática de la presión arterial en la consulta.

Se tomó una lectura mientras el médico estaba presente (el cual fue ignorada) y luego se dejó solo al paciente en una habitación mientras la máquina tomaba automáticamente 6 lecturas más a intervalos de 2 minutos.

Las lecturas manuales rutinarias en el consultorio eran perceptiblemente más altas que las lecturas automatizadas

Los investigadores concluyeron que la introducción de mediciones automatizadas en el consultorio en la práctica rutinaria mejoró la calidad y la exactitud de la medición de la presión arterial y prácticamente eliminó la respuesta del guardapolvo blanco. Los resultados apoyan el uso de tensiómetros automáticos de presión arterial en la práctica rutinaria del consultorio.

(1) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21300709>



## ¿Cuánto bajar la TA sistólica en los pacientes DBT tipo II?

Publicado el 10 de agosto

El objetivo de todas las guías es que los DBT tengan una TA sistólica por debajo de 140 mm Hg en pacientes con diabetes. Estas recomendaciones se basan principalmente en estudios observacionales.

Las guías europeas destacan cuatro estudios en contra de la reducción de la TA sistólica por debajo de 130 mm Hg.

El estudio citado con mayor frecuencia es el ACCORD, que no pudo demostrar beneficio alguno significativo cardiovascular.

Sin embargo, este estudio demostró que el riesgo de ACV se reducía en un 40% en el grupo asignado a TA sistólica < de 120 mmHg. La tasa de eventos CV fue sólo la mitad de lo que se esperaba cuando se planeó el tamaño del estudio.

Las siguientes dos estudios fueron análisis post hoc (hipótesis que no se habían pensado antes del estudio) de ensayos clínicos que muestran una relación en forma de J entre la TA y el pronóstico. El análisis post hoc de los datos del estudio ONTARGET (Telmisartán + Ramipril) mostró que ni el IAM, ni la muerte CV estuvieron relacionadas a la TA sistólica basal y basados en un análisis de subgrupos de pacientes que experimentaron un evento CV con TA baja, los autores concluyeron que la TA podría llevar una curva en J (o sea que si bajás mucho la TA es tan riesgoso como si la mantenés elevada) en pacientes con un mayor riesgo basal.

Se acaba de publicar un estudio de cohorte sueco de casi 190.000 pacientes DBT II diagnosticados de al menos 1 año de evolución sin enfermedad cardiovascular importante y seguidos en promedio por 5 años.

Las recomendaciones actuales dicen por debajo de 140 mm Hg y si los niveles son más bajos hay riesgos asociados como vinimos publicando en estas páginas.

Los principales eventos clínicos de este trabajo se obtuvieron de registros de alta hospitalaria y mortalidad en relación con IAM, ACV, evento compuesto de IAM y ACV (enfermedad cardiovascular), enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, y mortalidad total.

Las razones de riesgo fueron estimadas para los diferentes niveles de TA sistólica inicial con características clínicas y los datos de prescripción de medicamentos como co-variables.

### Resultados

En comparación con el grupo de referencia (130-139 mm Hg), el grupo con la TA sistólica más baja (110-119 mm Hg) tuvo un riesgo significativamente MENOR de:

IAM no fatal..... (OR 0.76, IC 95% 0,64 a la 0,91; p = 0,003)

IAM..... (OR 0,85; 0,72; 0,99; P = 0,04),

Enf CV no fatal (OR 0,82; 0,72; 0,93; p = 0,002)

Enf CV total (OR 0,88, 0,79 a la 0,99; P = 0,04)

Enf coronaria no fatal (OR 0,88, 0,78 a la 0,99; P = 0,03)

Sin embargo hubo una relación en forma de J entre la TA sistólica y los puntos finales, en cuanto a IC y mortalidad total.

O sea que parecieran semejar a otros trabajos que demuestra que disminuir la TA sistólica actualmente se asocia con un riesgo significativamente menor de eventos cardiovasculares en pacientes con DBT 2 pero NO se asocia a menor mortalidad.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i4070>

## **Recomendaciones sobre rastreo de trastornos de lípidos en niños y adolescentes (hasta los 20 años)**

**Publicado el 11 de agosto**

Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF)

### **Recomendación I**

La evidencia es insuficiente para evaluar riesgos y beneficios del rastreo.

Esto es consistente con las recomendaciones del Reino Unido, que concluyó que no había pruebas suficientes para recomendar el rastreo de hipercolesterolemia familiar en niños.

También es consistente con las recomendaciones de la Academia Americana de Médicos de Familia, el cual no hace ninguna recomendación a favor o en contra de la detección de alteraciones en los lípidos incluso en hombres de 20 a 35 años y en mujeres mayores de 20 años a menos que estén en mayor riesgo de enfermedad cardíaca coronaria.

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx...>

**Publicado el 12 de agosto**

La inutilidad del CA 125

Ya en el 2009, un ensayo aleatorio bien realizado mostró que las mujeres con cáncer de ovario que fueron evaluadas periódicamente usando el CA 125 recibieron más quimioterapia que los evaluados cuando tenían una recaída, lo que reduce su calidad de vida sin mejorar la sobrevida (1).

Para muchos médicos esta práctica no cambió y lo siguen pidiendo (2).

Durante un período de 12 meses, se vio que los que piden CA 125 piden más tomografías. Ambas sin el menor rendimiento.

(1) Lancet doi: 10.1016 / S0140-6736 (10) 61268-8

(2) JAMA Oncol doi: 10.1001 / jamaoncol.2016.1842

## Actualización en fármacos

---

## Quimioprevención oncológica. ¡Aún falta mucho!

Publicado el 4 de Enero 2016

¿A qué llamaríamos un buen fármaco quimiopreventivo?

Sería aquél que disminuya la incidencia de ese cáncer, disminuya la tasa de mortalidad por ese cáncer, tenga poco o ningún efecto adverso, y no aumente paradójicamente la tasa de cualquier otra causa de muerte o morbilidad (por ej, no tendría sentido tener un medicamento que prevenga el cá. de pulmón, pero por otro lado aumente la mortalidad cardiovascular).

Ahora, ¿qué es un buen fármaco para el cáncer en etapa temprana?

Un buen medicamento contra el cáncer en etapa temprana se utiliza en el tratamiento adyuvante (después del tratamiento primario del cáncer, por ej. post cirugía), y

(1) reduce el riesgo de morir a causa del cáncer y

(2) mejora la sobrevida general.

Aquí si hay muy buenos fármacos y combinaciones de ellos!

Ejemplo: Quimioterapia adyuvante cáncer de colon (estadio III), terapia biológica y hormonal para el cá de mama en estadio temprano.

En estos casos tenemos medicamentos que disminuyen la muerte por ese cáncer, y mejoran la mortalidad global.

¿Existen los buenos medicamentos de quimioprevención?

Francoamente no estamos seguros. La mayoría de las sustancias utilizadas como quimioprevención no han pasado los ensayos fase III y contradicen la mejor hipótesis biológica, los datos observacionales, y otra evidencia circunstancial. Algunos de ellos son: selenio, vitamina E, piridoxina, vitamina C, beta-caroteno, finasteride, sólo para nombrar unos pocos, todos fueron prometedores fármacos que reprobaban en ensayos de fase III medianos a grandes. Hoy ninguno se utiliza rutinariamente.

El mejor fármaco estudiado es el tamoxifeno para la quimioprevención del cáncer de mama. La droga disminuye la incidencia del mismo, pero tiene efectos secundarios graves, y nunca se ha demostrado que reduzca la mortalidad del cá de mama, y ni que hablar de la mortalidad general (ni ahí!) (a pesar de más de 300.000 personas-año de seguimiento en los ECA). Por esta razón, se utiliza con muy poca frecuencia

El reto en la quimioprevención es alterar la biología de las células pre-neoplásicas con un agente y que tenga pocos efectos en otras células.

¿Qué pasa con la vacuna contra el VPH?

Sí disminuye los estadios tempranos del ca de cérvix (CIS II y III. Tal vez algún día se demostrará que reduzca las muertes por cá de cérvix, pero a pesar de esto, es una vacuna viral. La mayoría de los cánceres no son generados por virus

¿Qué hay de dejar de fumar?

Esta es quizás la mayor intervención en la historia humana, pero no tiene nada que ver con el desarrollo de fármacos.

Prevención y tratamiento temprano en cáncer suena muy bien pero por ahora habrá que esperar.

## Vitamina D

Publicado el 3 de abril

En los últimos años se ha incrementado el dosaje de vitamina D en población general y con osteoporosis, como así también en poblaciones especiales como personas con patología CV, oncológica, DBT II, etc.

La vitamina D se ha asociado con varios resultados en salud.

Sin embargo la evidencia:

**No ha demostrado disminución de la incidencia de fracturas ni de la mortalidad global.**

Sí se observa una disminución significativa de fractura de cadera en población ANCIANA FRÁGIL O INSTITUCIONALIZADA.

En esta población podría no ser necesario el dosaje y sí el tratamiento.

**Dosar niveles séricos:**

**NO** está indicado el rastreo en población general.

Porque NO está determinado qué significación clínica tiene el resultado bajo;

La medición no está estandarizada, se realiza por diferentes métodos y diferentes tipos de vitamina D, y cada uno tiene sus características de sensibilidad y especificidad.

## **Vitamina D ¿El fin?**

**Publicado el 27 de noviembre**

Lo que necesitas saber.

Los meta análisis de ensayos controlados aleatorios (ECA) muestran que la suplementación de vitamina D por sí sola NO mejora los resultados musculoesqueléticos.

Los meta análisis de ensayos controlados aleatorios de vitamina D sobre resultados no musculoesqueléticos sugieren gran incertidumbre:

- No hay evidencia de alta calidad que sugiera que sea beneficiosa.
- Hay insuficiente evidencia para concluir sobre pequeños beneficios.
- Es improbable que los ensayos clínicos en curso respondan a estas incertidumbres.

La Fuerza de Tareas Americana tiene recomendación D (a partir de revisiones sistemáticas de alta calidad) sobre dar suplementos de calcio y vitamina D que reportan ineficacia para caídas o prevención de fracturas.

<http://www.bmj.com/content/355/bmj.i6201>

## El omeprazol tomado en forma crónica

Publicado el 15 de Enero 2016

¿Cuánto hace que toma omeprazol Juana?

Juana: Y... como 8 años...¿por qué? ¿lo tengo que suspender?

### Evidencia de los efectos adversos de los prazoles

Fuente	Efecto Adverso	Odds Ratio (IC 95%)
Lazarus et al, 2015	Insuficiencia renal crónica	1.50 (1.11-1.90)
Antoniou et al, 2015	Insuficiencia renal aguda	2.52 (2.27-2.79)
Antoniou et al, 2015	Nefritis intersticial aguda	3.00 (1.47-6.14)
Cheungpasitporn et al, 2015	Hipomagnesemia	1.43 (1.08-1.88)
Kwok et al, 2012	Clostridium difficile	1.74 (1.47-2.85)
Eom et al, 2011	Neumonía adquirida de la comunidad	1.34 (1.14-1.57)
Filion et al, 2014	Neumonía adquirida de la comunidad	1.05 (0.89-1.25)
Zhou et al, 2015	Fracturas óseas	1.33 (1.15-1.54)

## ¿Indicás mucho el omeprazol?

Publicado el 25 de junio

### Indicaciones para iniciar un IBP por más de 8 semanas:

- Sangrado gastrointestinal previo.
- Esófago de Barrett.
- Esofagitis Grado D (grave).
- Uso actual de AINEs.

### Riesgo de uso a largo término de IBP

- infecciones entéricas (C. difficile, Campylobacter, Salmonella)
- Fracturas
- Neumonía (hospital o adquirida en la comunidad)
- Peritonitis bacteriana espontánea en pacientes con cirrosis
- Hipomagnesemia
- Nefritis intersticial aguda
- Deficiencia de vitamina B12



## ¿Recetás mucho el omeprazol?

Publicado el 16 de abril

El paciente se internó y al alta el omeprazol queda "adherido" por años.

Se estima que el 70% de gente que los toma NO TIENE INDICACIÓN DE TOMARLOS.

Las potenciales consecuencias de tratamiento crónico con IBP incluyen hipergastrinemia, hiperplasia de las células enterocromafines, hipertrofia de las células parietales (que lleva a rebote de hipersecreción ácida).

Hay estudios retrospectivos que le confieren un mayor riesgo de infecciones entéricas, incluyendo diarrea asociada a Clostridium difficile, neumonía adquirida en la comunidad, fracturas óseas, deficiencias nutricionales, e interferencia con el metabolismo de los agentes antiplaquetarios. Un estudio poblacional lo había asociado a I renal (1)

Una guía que te puede ayudar para indicarlos:

En 2009 las directrices de la Asociación Americana de GE publicó una escala de riesgo de los pacientes que toman AINEs:

<b>Alto riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Antecedentes de enfermedad de úlcera péptica complicada.</li><li>- Múltiple (&gt; 2) factores de riesgo (ver más abajo)</li></ul>
<b>Riesgo moderado (1 a 2 factores de riesgo)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Edad &gt; 65 años.</li><li>- Altas dosis de AINEs.</li><li>- Historia de úlcera no complicada.</li><li>- Uso concomitante de aspirina (incluyendo dosis bajas) y glucocorticoides, o anticoagulantes.</li></ul>
<b>Bajo riesgo</b>	Sin factores de riesgo

(1) <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx...#>

## ¿Tenés pacientes con $\beta$ histina?

Publicado el 26 de Enero 2016

La beta-histina apareció por primera vez en la década del 80. Se supone que si la tomás todos los días, disminuyen los ataques vertiginosos en la enfermedad de Meniere. En la práctica general el uso de esta droga se extendió a todo tipo de personas con problemas de equilibrio y/o tinnitus.

Un estudio alemán (1) confirma que el 30% de los pacientes con la enfermedad de Ménière tienen menos ataques mientras toman  $\beta$  histina al igual que el 30% de los pacientes que tomaron placebo!!!

Así que estábamos en lo cierto: La  $\beta$  histina es tan buena como el placebo.

<http://www.bmj.com/content/352/bmj.h6816>

## **ATB para las infecciones respiratorias agudas**

**Publicado el 31 de Enero 2016**

El Colegio Americano de Médicos (ACP) y el CDC publicaron una serie de recomendaciones sobre el uso adecuado de los ATB para la infección aguda del tracto respiratorio (1).

\* Bronquitis aguda: NO se debe realizar estudios o iniciar ATB a menos que sospechen neumonía.

\* Faringitis STC del Grupo A: Realizar una prueba de detección rápida de antígenos y/o cultivo de *Streptococo* del grupo A si hay síntomas.

Sólo los confirmados de faringitis STC deberían recibir ATB

\* Rino sinusitis aguda: Se debe prescribir ATB sólo en pacientes con síntomas que han durado más de 10 días; con inicio agudo de síntomas o fiebre alta y secreción nasal purulenta o dolor facial que ha durado 3 días o más; o con el empeoramiento de los síntomas después de una enfermedad viral que fue mejorando.

\* Resfrío común: No se deben prescribir ATB.

(1) <http://annals.org/article.aspx?articleid=2481815>

## ATB resistencia.

Publicado el 21 de junio

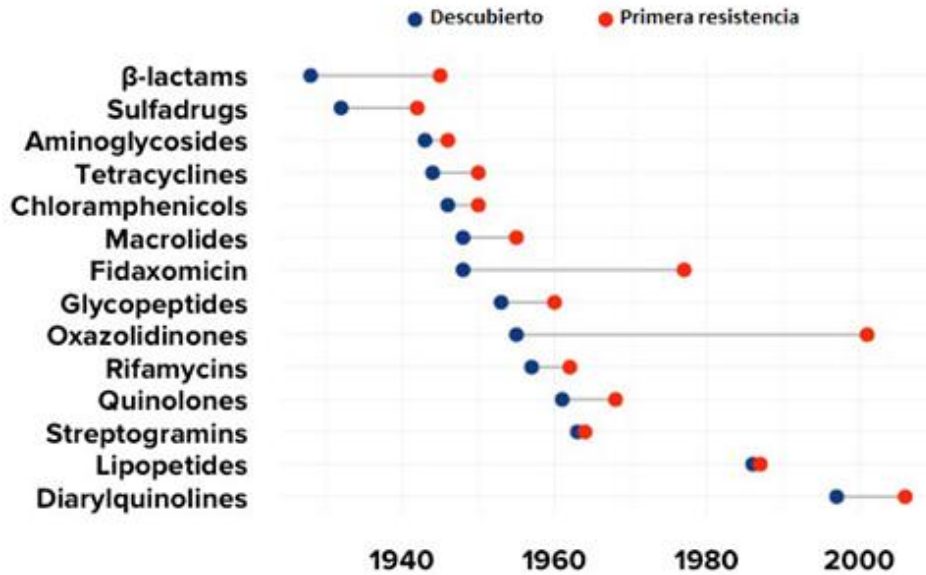
El 90% de las faringitis agudas se resuelve en 7 días sin ATB.

El 80% de los cuadros rinosinuales se resuelven en 14 días sin ATB.

El 60% de las OMAs se resuelve sin ATB en 24 hs.

En la mayoría de las bronquitis se puede esperar 7 días (avisándole al paciente de esa espera).

Ver publicaciones del 15 al 18 de agosto 2015.



## Usar cursos más cortos de ATB, es preferible a una terapia más prolongada.

Publicado el 9 de agosto

Dado el gran número de infecciones bacterianas (y no bacterianas) que se producen cada año, el sobretratamiento de pacientes existe y es una de las principales causas de resistencia a los antibióticos.

Sacando a la tuberculosis, que es causada por un organismo que se replica muy lentamente y que pasa gran parte de su tiempo sin multiplicarse, las comparaciones de cursos de ATB cortos vs largos para cada infección bacteriana, han sido muy efectivas, y disminuyó la resistencia ATB.

La siguiente tabla describe los tratamientos basados en la evidencia de mayor efectividad cuando se administra un tratamiento corto.

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx...>

Enfermedad	Corto (tratamiento en días)	Largo (tratamiento en días)
Neumonía adquirida de la comunidad	3-5	7-10
Neumonía intrahospitalaria	< 8	10-15
Pielonefritis	5-7	10-14
Infección intra-abdominal	4	10
Exacerbación de EPOC	≤ 5	≥ 7
Sinusitis bacteriana aguda	5	10
Celulitis	5-6	10
Osteomielitis crónica	42	84

## ¡Atención Quinolonas!, ¡Atención!

Publicado el 6 de octubre

La FDA ha anunciado que se requiere realizar cambios en el etiquetado de las fluoroquinolonas para advertir el riesgo de efectos adversos graves:

Tendinitis, neuropatía periférica y efectos del CNS.

La FDA aconseja **reservar las fluoroquinolonas para los pacientes que no tienen otras opciones de tratamiento** en los tratamientos de sinusitis aguda, exacerbaciones agudas de bronquitis crónica e ITU no complicadas.

### A continuación las alternativas recomendadas:

#### Sinusitis

La sinusitis aguda en adultos es a menudo viral y los síntomas pueden tratarse con analgésicos, un corticoide nasal, y/o irrigación salina nasal.

Cuando es bacteriana, es generalmente causada por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y pueden ser tratados con amoxicilina o amoxi clavulánico.

La adición de clavulánico mejora la cobertura de las cepas beta-lactamasas de *H. influenzae* y *M. catarrhalis*.

La doxiciclina es una opción para los adultos que son alérgicos a la penicilina, pero la resistencia a la doxiciclina ha aumentado, en particular entre los aislamientos de *S pneumoniae* con susceptibilidad reducida a la penicilina.

Una fluoroquinolona respiratoria (levofloxacina, ormovifloxacina) es una alternativa para los pacientes alérgicos a la penicilina.

La monoterapia con un macrólido (eritromicina, claritromicina, orazithromycin) o trimetoprim / sulfametoxazol no se recomienda debido al aumento de la resistencia de los neumococos.

#### Bronquitis

Es a menudo viral.

Si es bacteriana es generalmente causada por *H. influenzae*, *S pneumoniae*, o *M catarrhalis* y puede ser tratada con los mismos fármacos antibacterianos anteriores.

En los pacientes con EPOC grave, la *Pseudomona aeruginosa* puede ser una causa de exacerbación y a veces el uso de cefepima o piperacilina/tazobactam iv, debe ser considerado.

#### ITU

La mayoría de los episodios de cistitis no complicada son causadas por *Escherichia coli*.

Los casos restantes son generalmente causadas por *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus spp*, otros gram negativos.

El fármaco de elección para el tratamiento empírico de la cistitis aguda no complicada en mujeres no embarazadas es trimetoprim / sulfametoxazol, siempre y cuando la tasa local de resistencia sea <20%.

Una alternativa igualmente eficaz con una baja tasa de resistencia entre *E coli* es la nitrofurantoína. Una sola dosis de fosfomicina, que tiene un amplio espectro de actividad contra los uropatógenos habituales, es otra alternativa.

Los beta-lactámicos como la amoxicilina/ácido clavulánico, cefdinir, cefpodoxima, o ceftibuteno son alternativas de segunda línea.

En embarazadas: nitrofurantoína, amoxi, o una cefalosporina podría ser utilizado para tratar la

cistitis no complicada en base a los resultados de las pruebas de sensibilidad, pero nitrofurantoína no deben administrarse en el tercer trimestre del embarazo o durante el parto, ya que puede causar anemia hemolítica en el recién nacido.

JAMA October 4, 2016 Volume 316, Number 13 Alternatives to Fluoroquinolones

## La polipíldora: Se reabre el debate

Publicado el 7 de agosto

El sistema actual tiene un acuerdo tácito, el paciente visita al médico y este intenta hacer prevención y también identificar a los que padecen una enfermedad o que estén en riesgo de alguna. La gente tiene que ir al médico, seguir sus consejos, modificar sus estilos de vida (que la mayoría no lo hace), y tomar medicamentos de forma regular por el resto de sus vidas.

Como era de esperar, el sistema no funciona bien. De hecho, la "regla de las mitades", todavía se aplica en gran medida. Se dice que sólo la mitad de los pacientes que tienen una enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, asma, depresión, etc.) son diagnosticados, sólo la mitad de los diagnosticados son tratados, y sólo la mitad de los pacientes tratados son adecuadamente tratados. Esto significa aproximadamente una octava parte de la gente que debe ser tratado es tratada adecuadamente.

La idea detrás de la polipíldora surgió por primera vez en el 2000 y es simple: se combinan en una sola píldora los fármacos que se sabe que previenen enfermedades cardiovasculares. Los medicamentos: estatinas, hipotensores, y posiblemente aspirina combinadas de diferentes maneras, puede ser atractiva para muchos.

Un famoso estudio publicado en el BMJ en 2003 (1) propuso un sistema completamente nuevo para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Se les ofreció a personas mayores de 55 años una polipíldora que incluía una estatina, tres hipotensores a la mitad de la dosis (que brinda 80% de la efectividad y sólo el 10% de los efectos secundarios), y la aspirina. Tenían que tomar esta polipíldora una vez al día. No tendrían que visitar al médico, y recibirían los medicamentos en su casa después de responder a un cuestionario para asegurarse que no tenían efectos secundarios.

La mayoría de las personas aceptaron la oferta, a continuación, se evitaron cerca de  $\frac{3}{4}$  partes de los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.

Debido a que los medicamentos eran componentes fuera de patente, la polipíldora podría producirse muy barata, sobre todo si se tomaba a gran escala.

La idea era demasiado radical pero casi todo el mundo puso el grito en el cielo.

Los médicos de salud pública temían que la gente tomara una píldora en lugar de mejorar su estilo de vida.

Las compañías farmacéuticas temían la destrucción de los mercados lucrativos.

Otros dijeron que si el modelo de "diagnosticar y tratar" no había funcionado ¿por qué ahora iba a funcionar?

Otros se opusieron ya que lo veían como medicalización masiva.

A pesar de la reacción hostil, el apoyo a la polipíldora ha crecido constantemente.

El actual y pasado presidentes de la Federación Mundial del Corazón han recomendado la polipíldora sobretodo en aquellos con enfermedad cardiovascular establecida por tres razones principales.

a. Hay evidencia que la mayoría de las personas que deben ser tratadas con 4 fármacos no lo están.

b. Existen varias polipíldoras disponibles, y los estudios han demostrado que todas ellas tienen el mismo efecto sobre la TA, lípidos, y las plaquetas como fármacos individuales.

c. Los estudios en Gran Bretaña, India, Australia y Nueva Zelanda han demostrado que, en comparación con la "atención habitual" la polipíldora mejora la proporción de las personas que hace el tratamiento regular del 50% al 80%.



Esto se va a indicar como “preventiva”

La estrategia de la prescripción de la polipíldora a aquellos que no tienen establecida la enfermedad, pero se encuentran en alto riesgo es más controvertida.

Los médicos dicen que se necesita más evidencia de una reducción en los IAM, ACV y muertes en estos individuos.

Un gran ensayo está actualmente en curso en la India, Filipinas y otros países, pero los resultados no estarán disponibles hasta el 2020.

Una empresa española (Ferrer), ha conseguido recientemente una polipíldora con tres componentes con licencia para el tratamiento de pacientes con enfermedad establecida en 27 países (la mayoría en América Latina, pero algunos en Europa).

(1) <http://www.bmj.com/content/326/7404/1419>

## El paracetamol y el dolor

Publicado el 1 de mayo

En todo el mundo, las ventas de paracetamol son gigantescas.

El paracetamol fue descubierto en la década del 50, y la opinión general de que es eficaz y seguro ha conducido a tal uso generalizado. Sin embargo, ha habido una considerable incertidumbre sobre cómo funciona. Sólo recientemente se ha aceptado generalmente que inhibe las isoenzimas COX-1 y COX-2, y de hecho es un débil AINE.

En los últimos años se sometieron a más pruebas de evidencia:

En términos de eficacia, una revisión breve en el que la examinó en condiciones de dolor agudo y crónico concluye:

- El paracetamol en dosis de entre 500 y 1000 mg está en el cuartilo menos eficaz de los medicamentos para el tratamiento de dolor postoperatorias agudas.
- 1gr de paracetamol tiene una eficacia modesta en la migraña y la cefalea de tipo tensional.
- A dosis de hasta 4gr/día no es eficaz en lumbalgia.
- A igual dosis es prácticamente ineficaz en la artritis. Aunque marginalmente es mejor que el placebo.

Existe evidencia considerable de que, tampoco es muy segura.

Una revisión sistemática de estudios observacionales encontró que en comparación con las personas que no toman paracetamol:

→ Especialmente en dosis altas, se asocia con una mayor mortalidad, eventos adversos CV (IAM fatal o no fatal, ACV o coronariopatía fatal)

→ Eventos adversos GI (úlceras gastroduodenales y complicaciones como hemorragia gastrointestinal superior)

→ Disminución del filtrado glomerular de al menos 30 ml/min/1,73 mts cuadrados

→ El fallo hepático agudo conduce a la inscripción para trasplante 2 veces más común en pacientes expuestos al paracetamol.

En dolor crónico, los pacientes que toman paracetamol fueron 4 veces más propensos a tener resultados anormales en los estudios de función hepática que los que tomaban placebo.

El paracetamol tuvo tasas de eventos adversos muy similares al ibuprofeno durante 3 meses en pacientes con artritis, y no se tolera mejor que el ibuprofeno para el alivio a corto plazo de dolor.

En ciertas circunstancias el paracetamol podría ser útil: Dolor pediátrico, para el tratamiento del conducto arterioso permeable, o para su uso por iv durante la cirugía.

<http://ejhp.bmj.com/.../2016/04/27/ejhpharm-2016-000952.full>

## El paracetamol y las crisis asmáticas.

Publicado el 20 de agosto

La diferencia entre ambos grupos NO fue estadísticamente significativa.

En el grupo de **Paracetamol**:

49% de los participantes tuvieron al menos una exacerbación del asma y 21% tuvieron al menos 2.

En el grupo **Ibuprofeno**

47% de los participantes tuvieron al menos una exacerbación del asma y 24% tuvieron al menos 2.

Tampoco se detectaron diferencias significativas en el % de días de control del asma (85,8% y 86,8%, respectivamente;  $p = 0,50$ ), el uso de rescate de albuterol (2,8 y 3,0 inhalaciones por semana, respectivamente ;  $P = 0,69$ ).

La diferencia entre ambos grupos NO fue estadísticamente significativa.

En el grupo de paracetamol:

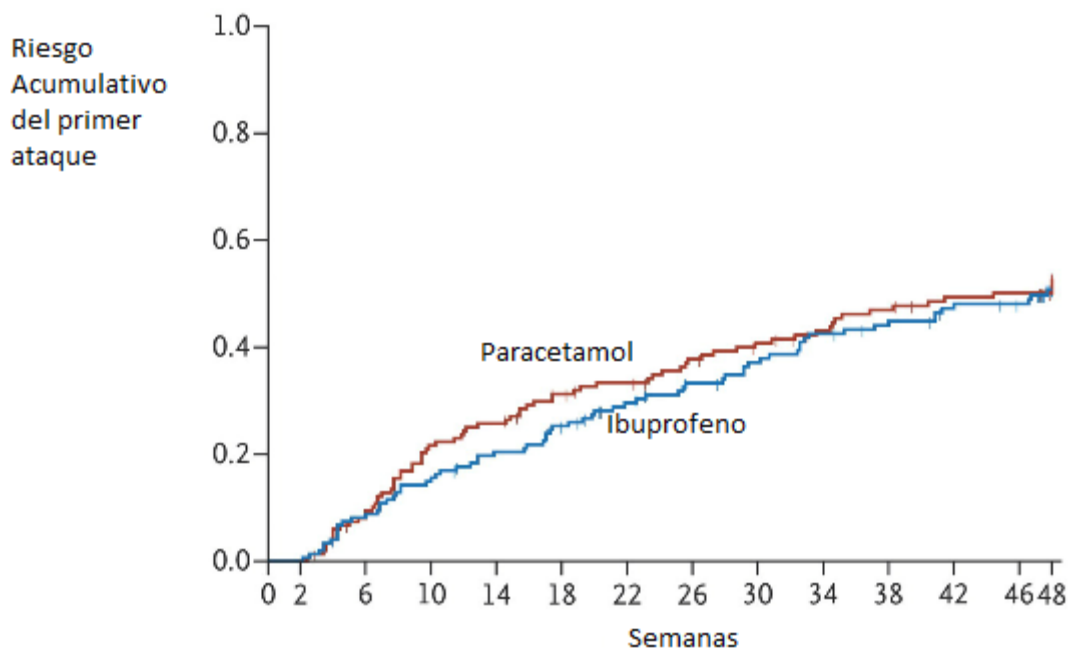
49% de los participantes tuvieron al menos una exacerbación del asma y 21% tuvieron al menos 2.

En el grupo Ibuprofeno

47% de los participantes tuvieron al menos una exacerbación del asma y 24% tuvieron al menos 2.

Tampoco se detectaron diferencias significativas en el % de días de control del asma (85,8% y 86,8%, respectivamente;  $p = 0,50$ ), el uso de rescate de albuterol (2,8 y 3,0 inhalaciones por semana, respectivamente ;  $P = 0,69$ ).

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1515990...>



Número de niños en riesgo

Paracetamol	150	136	115	109	98	93	85	79	73	68	63	62
Ibuprofeno	148	135	125	115	107	96	88	82	75	71	65	62

## **Tratamiento con opioides. 5 consejos sobre su uso.**

**Publicado el 4 de julio**

1) Sí! para el tratamiento del dolor agudo:

- Traumatismo agudo
- Cuidados perioperatorios
- Dolor por cáncer
- Dolor asociado con enfermedades terminales.

2) Evidencia limitada para el uso crónico con opiáceos en el dolor crónico.

Por otra parte, los riesgos de la terapia crónica son significativas y pueden ser mayores que cualquier beneficio potencial.

3) Al considerar la terapia crónica con opiáceos, los médicos deben sopesar riesgos y beneficios.

4) Cuando los pacientes dejan el tratamiento con opiáceos, la dosis debe reducirse lentamente, especialmente en aquellos que tienen intolerancia.

5) Las benzodiazepinas no se deben asociar con el tratamiento crónica con opiáceos, debido a que algunos pacientes pueden desarrollar dependencia cruzada.

## Antes de operarse del corazón tome estatinas... ¡NO!

Publicado el 5 de mayo

Pareciera ser que los cardiólogos, imitando a los dentistas que abusan de tratamientos con ATB, comenzaron a indicar estatinas perioperatorias para procedimientos invasivos CV.

Esta tendencia que comenzó a alentarse desde estudios con muy pequeño número de personas no tiene, por el momento evidencia que se deban indicar.

Un estudio chino (1) evaluó la eficacia de dar rosuvastatina perioperatoria (20 mg/día) versus placebo en 1922 pacientes con ritmo sinusal que se iban a operar de cirugía cardíaca electiva. El tratamiento perioperatorio comenzó hasta 8 días antes de la cirugía y se prolongó hasta 5 días después.

La fibrilación auricular postoperatoria dentro de los 5 días de la cirugía, se detectó en 21% del grupo rosuvastatina y 20% del placebo, una diferencia no significativa. En cualquiera de los nueve subgrupos pre-especificados (por ejemplo, edad  $\leq 60$  vs  $>60$ , masculino versus femenino, procedimientos, técnicas quirúrgicas, medicamentos postoperatorias), la rosuvastatina no bajó la incidencia de FA postoperatoria. La rosuvastatina tampoco afectó otros resultados coprimarios: lesión miocárdica perioperatoria, o resultados secundarios relacionados con la lesión miocárdica.

**LA LESIÓN RENAL AGUDA FUE SIGNIFICATIVAMENTE MÁS FRECUENTE CON ROSUVASTATINA QUE CON PLACEBO** (algo que se está viendo más seguido entre los tomadores de estatinas).

(1) Zheng Z et al. Perioperative rosuvastatin in cardiac surgery. N Engl J Med 2016 May 5; 374:1744.

## Asociación entre tomar estatinas y producir cataratas

Publicado el 7 de julio

Las cataratas son la principal causa de baja visión; con la creciente población de edad avanzada, es probable que aumente la incidencia de cataratas.

Un estudio retrospectivo utilizó un modelo de regresión construyendo una valoración donde la variable uso de estatinas es una de las que tuvo más peso.

Entre 6972 pares de usuarios de estatinas vs no usuarios de estatinas, el riesgo de cataratas fue mayor entre los usuarios de estatinas en comparación con los no usuarios (odds ratio, 1,09; IC del 95%, 1,02 a 1,17).

En los análisis secundarios, después de ajustar por factores de confusión, la incidencia de cataratas fue mayor entre los usuarios de estatinas en comparación con los no usuarios (odds ratio, 1,27; IC del 95%, 1,15-1,40). El análisis de sensibilidad confirmó esta relación.

Conclusiones: El riesgo de cataratas se incrementa entre los usuarios de estatinas en comparación con los que no las toman.

Están buenos estudios como estos para no medicar con estatinas a quienes tienen el colesterol “un poco alto” estimular los cambios de estilo de vida y pensar que esta medicación no es inocua. Cada vez más se apoya la teoría de indicarlas cuando el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular es mayor del 10%.

<http://archophth.jamanetwork.com/article.aspx...>

## Estatinas... ¡Qué lío!

Publicado el 10 de septiembre

A medida que se estudia más esta droga nos da la sensación que hay que indicarla sólo en pacientes con un riesgo elevado de enf. cardiovascular o en los que ya tuvieron un IAM o un ACV. En marzo de 2014, un eximio cardiólogo (R Collins) de la Universidad de Oxford dijo que sólo existen 1 o 2 bien documentados efectos secundarios (problemáticos) de las estatinas.

Miopatía o debilidad muscular que ocurre en 1 en 10.000 personas y Diabetes en un pequeño número de personas.

Pfizer (el fabricante de atorvastatina) en su prospecto dice: "Efectos secundarios comunes que pueden afectar hasta 1 de 10 pacientes que incluyen dolor de garganta, náuseas, problemas digestivos, dolores musculares y articulares."

En el Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología 2015, se presentó una nueva clase de droga para bajar el colesterol de la empresa farmacéutica Lowe. Se anunció que: "ensayos recientes han reportado que la incidencia de síntomas musculares puede alcanzar 16% en el grupo de tratamiento con estatinas".

Ensayos controlados aleatorizados financiados con fondos públicos a doble ciego realizados en mujeres (1) revelaron hasta un 40% de aumento de la fatiga dentro de unos meses de comenzar dosis moderada de pravastatina o simvastatina.

Sin duda que la falta de energía, claramente no es algo de vida o muerte, pero estaría bueno que sea una decisión del paciente asumir los riesgos si un efecto secundario interfiere con la calidad de vida.

Llevó casi 30 años (desde que las estatinas fueron puestas en el mercado) en aprender que la droga provoca el desarrollo de DBT tipo 2 en unos pocos años en uno de cada 100 personas.

En el JAMA (2) se publicó un trabajo donde casi el 43% de las personas que toman atorvastatina durante 10 semanas sufren efectos secundarios frente al 26% de los que toman placebo.

Pero ¿y si hay beneficios?

Incluso cuando uno analiza los datos patrocinados por la industria, el aumento promedio en esperanza de vida en aquellos con alto riesgo que han sufrido un ataque cardíaco que toman estatinas cada día durante cinco años es de sólo cuatro días. (3)

(1) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4285455/>

(2) <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2511043>

(3) <http://bmjopen.bmj.com/content/5/9/e007118.full>

## Estatinas. ¡Qué lío! Parte II

Publicado el 19 de septiembre

El 10 de septiembre publicamos los problemas de medicalizar a los que tienen bajo riesgo CV con estatinas y paralelamente se publicaba una revisión en el Lancet que las mostraba cuasi inocuas. El jueves pasado, el British Medical Journal acusó al Lancet de inexactitudes y tratando de silenciar a los escépticos con estatinas en una escalada de un conflicto "cada vez mayor", que el director médico ha sido llamado a árbitro.

Cerca de seis millones de británicos toman estatinas para reducir sus posibilidades de IAM o ACV y las estatinas son reconocidas como eficaces para las personas que corren mayor riesgo. Sin embargo, la orientación en que se ofrecen estos medicamentos para muchas personas más sanas (de bajo riesgo) ha sido impopular entre los médicos generales y muchos pacientes se quejan de efectos secundarios.

La publicación del Lancet publicó una revisión de 100.000 pacientes, y llegaron a la conclusión de que los medicamentos eran seguros y confiables. Richard Horton, editor de la revista, atacó al BMJ por publicar críticas a las estatinas, comparándolo con aquél estudio que desacreditaba la vacuna MMR por ocasionar autismo.

Ayer el BMJ devolvió el golpe, acusando al Dr. Horton de "declaraciones inexactas" sobre cómo manipuló ciertos datos reduciendo los efectos secundarios.

El BMJ finalmente retiró esa afirmación, pero se negó a retractarse sobre ciertos datos.

Fiona Godlee, editora del BMJ, propuso una revisión independiente sobre estatinas.

La revisión Lancet se presenta como: fin del debate. No todo el mundo está de acuerdo. Las propuestas para indicar estatinas a un gran número de personas con menor riesgo sigue siendo controvertida.

La revisión del Lancet utilizó datos de ensayos controlados aleatorizados, y enunció que los efectos secundarios fueron entre 50 y 100 casos de diabetes por cada 10.000 personas que toman estatinas, y 5 casos de dolor muscular severo. Al mismo tiempo, se evitarían 1.000 IAM entre 10.000 personas de mayor riesgo y 500 entre los de menor riesgo.

El BMJ acusa a The Lancet de "sesgado" y dice que no tiene en cuenta las limitaciones de los ensayos.

La historia sigue...



## Tratamiento con estatinas para prevenir la aparición de eventos cardiovasculares.



Publicado el 15 de noviembre

La Fuerza de Tareas Americana (USPSTF) acaba de sacar las recomendaciones para prevención primaria de enfermedad CV con estatinas.

Aclara que la probabilidad de beneficiarse es baja, las calculadoras de riesgo son imprecisas con mucha sobreestimación del riesgo, existe incertidumbre en la predicción de riesgo individual así como también, los daños de las estatinas aún no están completamente dilucidados.

Factores de riesgo de enfermedad CV se considera a: Dislipemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo.

Tené en cuenta que nombra dosis bajas a moderadas debido a la limitada información de utilizar dosis altas.

Estatinas para la prevención de Enf CV.	
<p><b>Población</b></p>  <p><b>ADULTOS</b></p> <p>De 40 a 75 años, sin historia de enf CV y con 1 o más factores de riesgo</p>	<p><b>Recomendación</b></p> <p><b>B</b></p> <p>Pacientes que tienen un riesgo de padecer un evento CV a 10 años &gt; 10%</p> <p>Estatinas de bajas a moderadas dosis</p> <p><b>C</b></p> <p>Pacientes que tienen un riesgo de padecer un evento CV a 10 años entre 7.5 - 10%</p> <p>Se recomienda evaluar la situación en cada caso.</p>
 <p><b>ADULTOS</b></p> <p>76 años o más sin historia de enfermedad CV</p>	<p><b>I</b></p> <p>Hay insuficiente evidencia para realizar esta recomendación</p>

## ¿Por qué toma estatinas?

### Para no tener problemas de memoria...

Publicado el 17 de noviembre

Un nuevo estudio (1) muestra que el uso de antihipertensivos y estatinas NO disminuye el deterioro cognitivo.

Tampoco lo empeoró, en relación a una revisión publicada hace dos meses en el Lancet, donde enunciaba que las estatinas podrían causar posibles pérdidas de memoria y confusión (2).

El HOPE-3 incluyó a unas 1.600 personas con riesgo moderado de enfermedad cardiovascular. Tenían factores de riesgo como obesidad abdominal, tabaquismo, DBT o HTA que estaban bajo control. Los pacientes eran de al menos 70 años de edad y recibieron placebo o, candesartán/hidroclorotiazida y/o rosuvastatina.

Cinco años y medio más tarde, todos los grupos (incluidos los que recibían estatinas) tuvieron aproximadamente la misma disminución en la velocidad mental de procesamiento, el tiempo de reacción y las funciones ejecutivas como la atención y la toma de decisiones.

Las consecuencias cardiovasculares de la HTA y el colesterol alto, a saber: IAM y ACV son bien conocidos al igual que la HTA en la edad media, también puede ser perjudicial para el cerebro. Los ensayos clínicos, sin embargo, no han demostrado que el tratamiento de la HTA con fármacos o cambios en el estilo de vida puedan prevenir el deterioro cognitivo. Aún así, controlar la HTA y otros factores de riesgo cardiovascular encabezan la lista de recomendaciones emitidas por varias asociaciones médicas en relación a mantener el cerebro sano.

Faltan datos para esta conclusión y quizás, los resultados de un estudio en curso llamado SPRINT-MIND proporcionen algunos datos útiles. El ensayo está probando si bajar la TA a menos de 120 mmHg, en contraposición a los tradicionalmente aceptados 140, ayudan a mantener la mente ágil.

Se espera para fines de 2018.

(1) <http://www.mdedge.com/.../video-blood-pressure-and-ldl-loweri...>

(2) [http://www.thelancet.com/.../lan.../PIIS0140-6736\(16\)31357-5.pdf](http://www.thelancet.com/.../lan.../PIIS0140-6736(16)31357-5.pdf)

## **AINEs tópicos: Sí en manos y rodillas**

**Publicado el 8 de mayo**

Pueden actuar precisamente cuando sea necesario y sin tener que ser absorbido vía oral. Tanto en el 2008 como en la actualización del 2014, las guías del NICE las recomiendan como tratamientos locales de primera línea para la osteoartritis.

La aplicación de AINEs tópicos **reduce la posibilidad de efectos secundarios gástricos**.

Actúan con mayor eficacia se estudió en los sitios más superficiales de dolor articular como en osteoartritis de manos y rodillas.

No están indicados para tratar otros dolores articulares (caderas, columna, etc.). Se debe aplicar sobre piel sana.

Una revisión Cochrane (1) originalmente publicada en 2012 se actualizó con 5 nuevos estudios de un total de treinta y nueve.

El número de participantes es ahora 10,631 (un incremento del 38%).

La mayoría de los estudios compararon AINEs tópicos contra placebo. En todos los estudios la condición musculo esquelético crónica fue artrosis, principalmente en las rodillas de intensidad al menos moderada durante al menos tres meses.

La edad media de los estudios varió de 59 a 65 años, con algunos estudios que incluyeron participantes mayores de 90 años o más.

La mayoría de los estudios evaluaron el diclofenac o el ketoprofeno en solución y gel.

El resultado primario de la revisión fue la reducción del dolor y el mejor indicador de "éxito clínico" se definió como una reducción de al menos el 50% en el dolor, a juzgar por el participante. Las variables secundarias fueron los eventos adversos y el número de participantes que se retiraron de los estudios.

Casi el 60% de los que utilizan los AINEs tópicos redujeron el dolor después de 6-12 semanas (ketoprofeno fue un poco más efectivo que el diclofenaco).

Pero, casi el 50% de las personas que se aplicaron experimentaron un buen alivio del dolor.

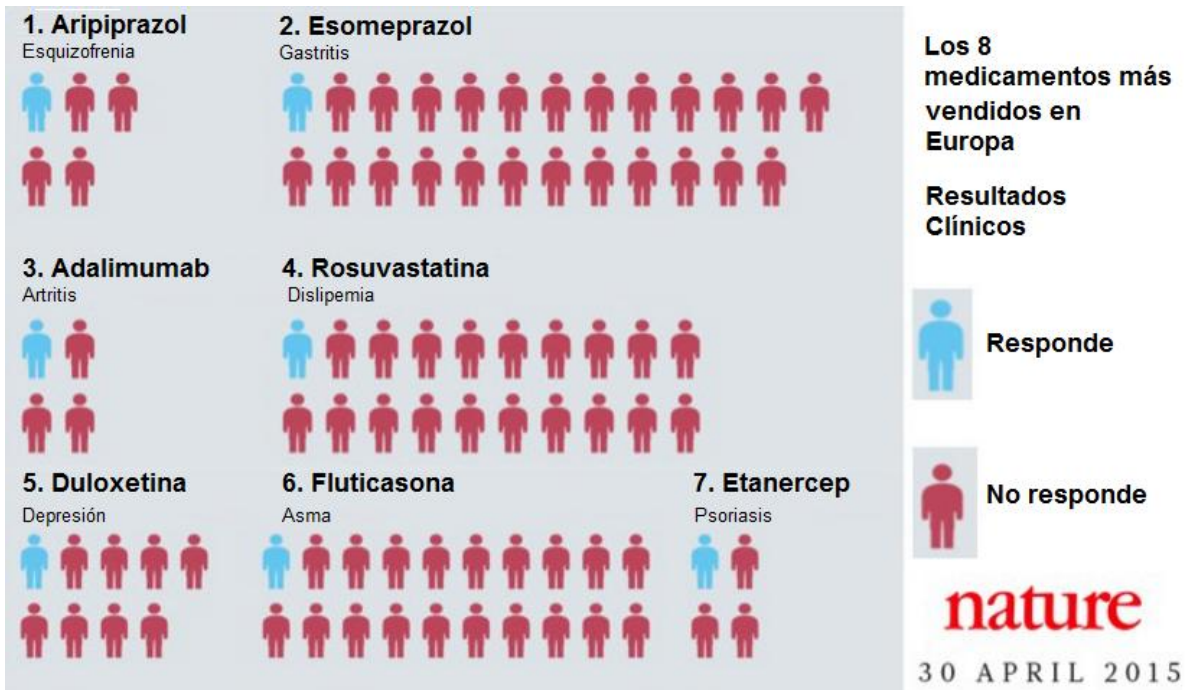
Las reacciones cutáneas fueron más frecuentes con el diclofenaco tópico (20%).

Los eventos adversos graves fueron poco frecuentes.

(1) [http://www.cochrane.org/.../SYMPT\\_topical-nonsteroidal-anti-i...](http://www.cochrane.org/.../SYMPT_topical-nonsteroidal-anti-i...)

# ¿Qué ocurriría si la real eficacia de algunos medicamentos fuese sólo ilusoria?

Publicado el 27 de junio



## Efectos sobre diferentes hipoglucemiantes en DBT 2

Publicado el 24 de julio

8 diferentes hipoglucemiantes fueron evaluados en un meta-análisis (1).

Los mismos no pudieron demostrar mejora de la mortalidad cardiovascular o mortalidad por cualquier causa en comparación con placebo.

Se analizaron 301 ensayos clínicos aleatorios de pacientes con DBT 2, la mayor parte (177) de los ensayos fueron de monoterapia.

En 109 ensayos, los fármacos se administraron como un complemento a la metformina, y 29 ensayos de fármacos eran agregados a metformina más sulfonilureas.

En total casi 120.000 pacientes incluidos en los ensayos.

La mortalidad cardiovascular fue el principal punto final, y todas las causas de mortalidad, IAM, ACV, niveles de HbA1c, y fracaso del tratamiento fueron criterios de valoración secundarios.

Cuatro clases de fármacos se asociaron con:

a. niveles más altos de HbA1c en comparación con metformina:

- Sulfonilureas (diferencia de medias estandarizada 0,18; IC del 95%: 0,01 a 0,34)
- Tiazolidindiona (0,16, 95% IC 0,00-0,31)
- Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4) (0,33, 95% IC 0,13-0,52)
- $\alpha$ -glucosidasa (0,35, 95% IC 0,12-0,58)

b. Mayor riesgo de hipoglucemia con:

- Sulfonilureas (OR 3.13, IC 95%: 2,39 a 4,12) e
- Insulina basal (OR 17,9; IC 95% 1,97 a 162).

Algunos resultados

Mortalidad: No hubo diferencias significativas (incluyendo el placebo cuando se lo consideró como otra clase de drogas).

Eventos adversos graves (IAM o ACV): Tampoco hubo diferencias entre las clases de fármacos.

Descenso de HgbA1c: Todas las monoterapias se asociaron con niveles más bajos de HbA1c en comparación con el placebo, pero las glitazonas, inhibidores de la DPP-4 (gliptinas), e inhibidores de la  $\alpha$ -glucosidasa (acarbose) se asociaron con mayores descensos de HbA1c que la metformina.

Peso: Los agonistas de los receptores GLP-1 (liraglutida) se asociaron con menor peso corporal en comparación con metformina.

Hipoglucemia en terapias duales: Todas las clases se asociaron con una menor probabilidad de hipoglucemia excepto metformina + sulfonilurea.

El riesgo de sesgo fue clasificado como alto o poco claro para la mayoría de los ensayos tuvieron cuestiones metodológicas tales como sesgo aleatorio, ocultar la asignación al tratamiento, enmascaramiento de resultados e informe selectivo de los resultados.

En el 63% de los ensayos, el promotor del ensayo estuvo involucrado en la autoría, gestión de datos, o ambos.

Los autores escribieron que sus hallazgos son consistentes con las directrices de la Asociación Americana de Diabetes, que (al igual que el algoritmo de la Asociación Americana de Endocr.) recomiendan que la monoterapia con metformina se utilice para el tratamiento inicial de todo paciente con DBT 2.

Dos estudios recientes, EMPA-REG y Líder, han mostrado 2 hipoglucemiantes nuevos que se asocian con una menor mortalidad. Sin embargo, ninguno de esos ensayos analizaron el tratamiento como monoterapia o añadido a la metformina.

Relativamente pocos estudios informaron la mortalidad cardiovascular y la mayor parte de ellos tenían 0 o muy pocos eventos, lo cual es una limitación para el meta-análisis. Los autores no examinaron los tratamientos de terapia triples, y el análisis no se ajustó a la función renal basal. La mayoría de los estudios eran relativamente a corto plazo y se llevaron a cabo en los países de mayores ingresos.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2533506>

## **La glucosamina no sirve... Y como placebo es carísimo.**

**Publicado el 23 de septiembre**

En 2014 se vendieron en el mundo más de 29.000 toneladas de la materia. Uno diría que es muchísimo y debe funcionar. Pero los beneficios de ensayos clínicos siguen siendo poco conclusivos. Entonces, no se entiende por qué tantas personas confían en él.

La glucosamina es uno de los componentes básicos del cartílago, ligamentos y tendones. La teoría se basa en que el suministro podría ayudar a reparar lo dañado.

Dado que la glucosamina es también uno de los componentes básicos de la quitina (el material que recubre la caparazón de crustáceos y moluscos) esta sustancia proviene de esos animales u otra opción (más vegetariana) provienen de los hongos o granos procesados.

Cuando se trata de la evidencia, las grandes compañías invierten mucho dinero tratando de imponerlas. Los estudios de glucosamina financiados comercialmente son más propensos a mostrar un resultado positivo que los realizados de manera independiente. Pero incluso los estudios financiados por la industria, tuvieron resultados ambiguos. Las revisiones publicadas hasta el momento también parecen alternar entre "ligera ventaja" y "no ventaja" en las pruebas contra el placebo.

En un ensayo controlado de glucosamina versus ejercicio en pacientes con gonalgia el ejercicio fue muy superior para aliviar el dolor (80%), aunque la glucosamina disminuyó un 30% el dolor (pero ese es un porcentaje de alivio de dolor de cualquier placebo).

<https://www.nice.org.uk/donotdo/do-not-offer-glucosamine-or-chondroitin-products-for-the-management-of-osteoarthritis>

## ¡El calcio tapa las arterias!

Publicado el 17 de octubre

Muchas mujeres mayores toman suplementos de calcio para prevenir o tratar osteoporosis, aunque la evidencia es bastante mala.

Un nuevo estudio observacional descubrió que los suplementos de calcio pueden aumentar el riesgo cardiovascular.

No así el calcio de la dieta que se relacionó con un efecto protector.

En los últimos años, varios estudios han planteado que los suplementos de calcio podrían estar vinculados a un mayor riesgo CV.

Sin embargo, la relación precisa entre los suplementos de calcio, el calcio de la dieta y la aterosclerosis no ha sido estudiada en ensayos aleatorios.

En un artículo [1], se analizaron los datos de más de 2.700 participantes del estudio MESA (Estudio Multiétnico de Aterosclerosis) que no tenían diagnóstico de enfermedad CV.

Entre los 1.567 participantes que no tenían calcio en las coronarias al inicio del estudio, el grupo que estaba en el quintilo más alto de ingesta de calcio (el que proviene de la dieta) (tal como se evaluó mediante un cuestionario de alimentos y el inventario de la medicación) tuvieron una reducción significativa de 27% en el desarrollo del calcio coronario en diez años después del ajuste para las diferencias en el riesgo basal.

Sin embargo, los investigadores encontraron una diferencia potencialmente importante en las personas que consumían suplementos de calcio.

El calcio de los suplementos se asoció con un aumento del 22% en el riesgo de calcio coronario.

Con respecto a las mujeres que consumen más alimentos con calcio los resultados pueden no ser un reflejo del efecto del calcio en sí, sino más bien una demostración más amplia del "efecto del usuario saludable".

Las personas que consumen grandes cantidades de calcio en la dieta pueden también tener otros comportamientos que promueven la salud no medibles (más actividad física mayor cumplimiento de hábitos saludables, etc.), lo que podría explicar potencialmente por qué se observó una disminución en el riesgo de desarrollo de calcio coronario. Alimentos ricos en calcio están asociados con una dieta saludable, y muchos de los participantes con una alta ingesta de calcio en la dieta pueden consumir más verduras, productos lácteos, frutas secas y pescado que proporcionan beneficios cardioprotectores.

¿Por qué tantas personas están tomando suplementos de calcio?

Los datos de prevención de fracturas no son muy convincentes.

Además de los efectos adversos cardiovasculares, se producen más cálculos renales, dispepsia y estreñimiento.

[1] <http://jaha.ahajournals.org/content/5/10/e003815.full>



## ¡Qué lástima! Los arándanos no funcionan

Publicado el 1 de noviembre

Este recurso tiene siglos de antigüedad y hay una cantidad considerable de investigación. Mientras que algunos estudios sugerían que el arándano podía reducir las infecciones urinarias a repetición en las mujeres más jóvenes, un estudio publicado en el JAMA [1], no mostró reducción de las ITUs en ancianas de hogares que tomaron cápsulas de arándano, en altas dosis estandarizada (el equivalente a más de medio litro de jugo al día) por un año.

En la editorial que acompaña al trabajo, el Dr. E. Lindsay Nicolle, un experto en infecciones del tracto urinario, concluyó que la evidencia es "convinciente de que los productos de arándano no deben recomendarse como intervención médica para la prevención de la infección del tracto urinario.

[1] <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2576822>

## Equivalencias Corticoides

Publicado el 31 de octubre

<b>Equivalencias Glucocorticoides</b>				
<b>Glucocorticoide</b>	<b>Dosis equivalente aproximada</b>	<b>Potencia antiinflamatoria relativa</b>	<b>Potencia relativa mineralocorticoidea (retención agua y sal)</b>	<b>Vida media (en horas)</b>
<b>Acción corta</b>				
<b>Cortisona</b>	25	0.8	0.8	8 – 12
<b>Hidrocortisona</b>	20	1	1	8 – 12
<b>Acción intermedia</b>				
<b>Metilprednisolona</b>	4	5	0.5	18 – 36
<b>Prednisolona</b>	5	4	0.8	18 – 36
<b>Prednisona</b>	5	4	0.8	18 – 36
<b>Acción prolongada</b>				
<b>Dexametasona</b>	0.75	25	0	36 - 54

# Osteoartículomuscular

---

## **Túnel carpiano: Un esquema que ayuda**

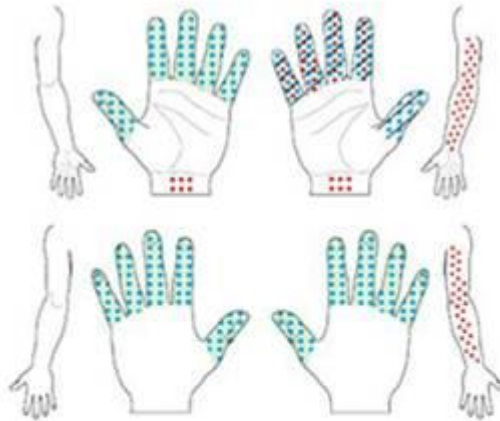
**Publicado el 5 de Enero 2016**

Los pacientes pueden utilizar el diagrama de la mano Katz (el que reproducimos en la siguiente página) para marcar la ubicación específica de los síntomas del síndrome del túnel carpiano según sea: adormecimiento, dolor, pinchazos, o hipoestesia y según sea clásico, probable, o improbable para el TC.

[http://jama.jamanetwork.com/article.aspx...|article\\_engagement&utm\\_campaign=article\\_alert&linkId=20079642](http://jama.jamanetwork.com/article.aspx...|article_engagement&utm_campaign=article_alert&linkId=20079642)

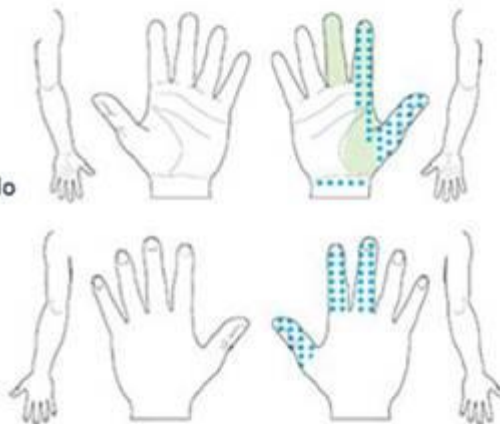
**(A) Presentación clásica**

Síntomas que afectan por lo menos 2 de 1, 2 o 3 dedos. La presentación clásica puede presentarse síntomas en los dedos 4 y 5to, dolor en la muñeca e irradiación de dolor proximal a la muñeca pero no permite síntomas sobre la palma o el dorso de la mano.



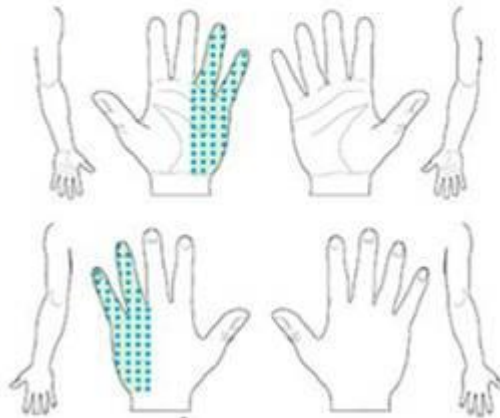
**(B) Presentación probable**

Iguals síntomas que la presentación clásica excepto síntomas palmares a menos que sean los que se localizan en el pulgar. En esta presentación, los síntomas comprometen 1 dedo de 1, 2 o 3 dedos.



**(C) Presentación improbable**

Sin síntomas en los dedos 1, 2 o 3 dedos.



■ Adormecimiento ■ Dolor ■ Pinchazos ■ Hipoestesia

## **Síndrome del túnel carpiano. Guía publicada.**

**Publicado 8 de marzo**

La Academia Americana de Traumatólogos sacó nuevas directrices sobre el tratamiento del síndrome del túnel carpiano.

### **NO SE RECOMIENDA**

- Realizar imágenes de manera rutinaria (RMN o ecografía).

### **SE RECOMIENDA**

- Historia completa del paciente
- Examen físico
- Pruebas diagnósticas específicas para evaluar conducción del nervio mediano.

Los autores hacen hincapié en que no se debe utilizar ningún elemento para hacer el diagnóstico.

La atrofia tenar se asocia con el síndrome del túnel carpiano, pero el túnel carpiano no se puede descartar en ausencia de atrofia tenar.

Para el tratamiento, el grupo recomienda inmovilización, esteroides orales o inyectables, y AINEs tópicos aplicado con ultrasonido. NO recomienda magnetoterapia.

También se recomienda la cirugía para liberar el ligamento carpiano transversal, ayudar a restaurar la función de la mano y aliviar los síntomas.

## **Canal estrecho**

**Publicado el 10 de Enero 2016**

La estenosis del canal espinal o foramen neural causa dolor en las piernas. Se puede manifestar con inicio lento y los síntomas progresar.

La zona lumbar puede aparecer con dolor o no pero las personas experimentan más frecuentemente, entumecimiento, debilidad, calambres o dolor general en miembros inferiores.

Frecuentemente, los pacientes se quejan de síntomas que son peores cuando están de pie y se alivian al mantener una posición flexionada, como cuando empujan un carrito de supermercado, un cochecito de bebé o andan en bicicleta. Esto también se conoce como claudicación neurogénica, y debe diferenciarse de la claudicación vascular. En la claudicación vascular, el dolor en las piernas será peor con el uso y la prueba de Buerger: Elevar la pierna por encima del nivel de la cadera durante 30 segundos y observar si produce palidez: será positivo.

También ayuda si tenés acceso a un doppler vascular.

El manejo es analgésicos, fisioterapia y tranquilidad.

La confirmación lo harías por una RMN.

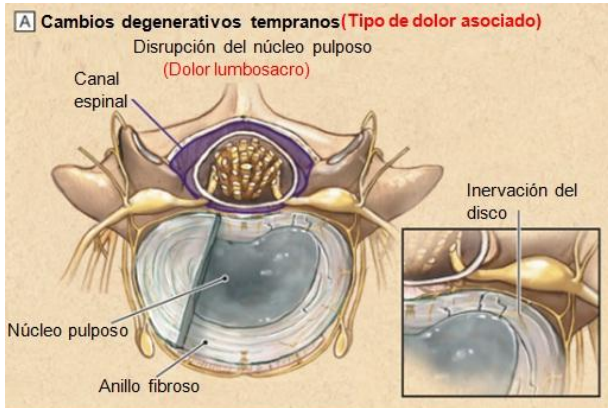
La estenosis espinal también puede ser causada por una espondilolistesis.

Si la RMN muestra evidencia de un canal estrecho moderado a severo puede requerir intervención quirúrgica.

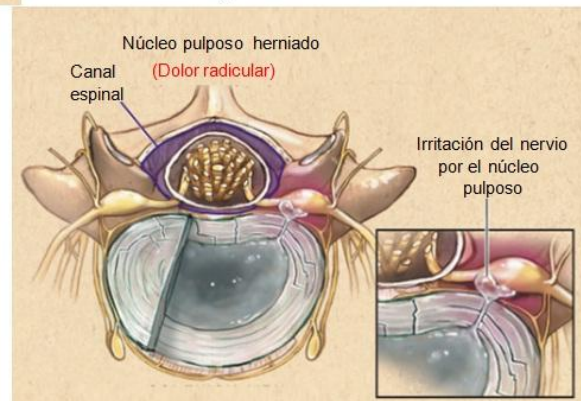
# Mecanismos del dolor lumbar

Publicado el 1 de Enero 2016

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx...> | article\_engagement&utm\_campaign=article\_alert&linkId=20022330



El anillo fibroso se fisura y pierde la capacidad de contener al núcleo pulposo. Esto ocasiona primero el síndrome de disrupción discal y, si el núcleo supera el contorno del anillo se producen las hernias discales





## Hernia discal

Publicado el 14 de mayo

□ Son la principal causa de la ciática, pero muchas personas asintomáticas las tienen en RMN o TAC.

□ La historia natural de la hernia discal es benigna.

Un estudio demostró que sin necesidad de cirugía, el dolor disminuye en casi un 87% de los pacientes dentro de los 3 meses.

□ La RMN o TAC está indicada en pacientes con ciática persistente que dura 4 a 6 semanas y en los que se está considerando infiltraciones epidurales con corticoides o cirugía.

□ Los AINEs y los ejercicios supervisados proporcionan ligero alivio de los síntomas.

□ Las inyecciones epidurales con corticoides son una opción para los pacientes con ciática persistente grave, pero no reducen las tasas de cirugía posterior.

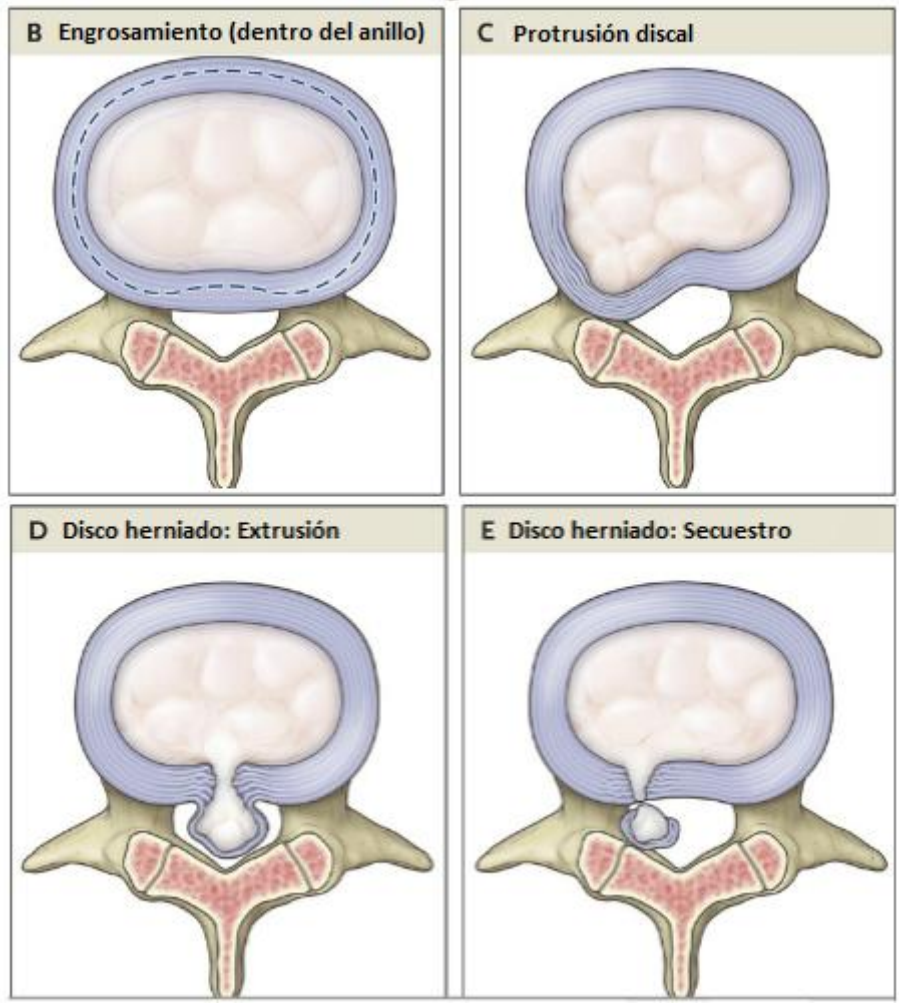
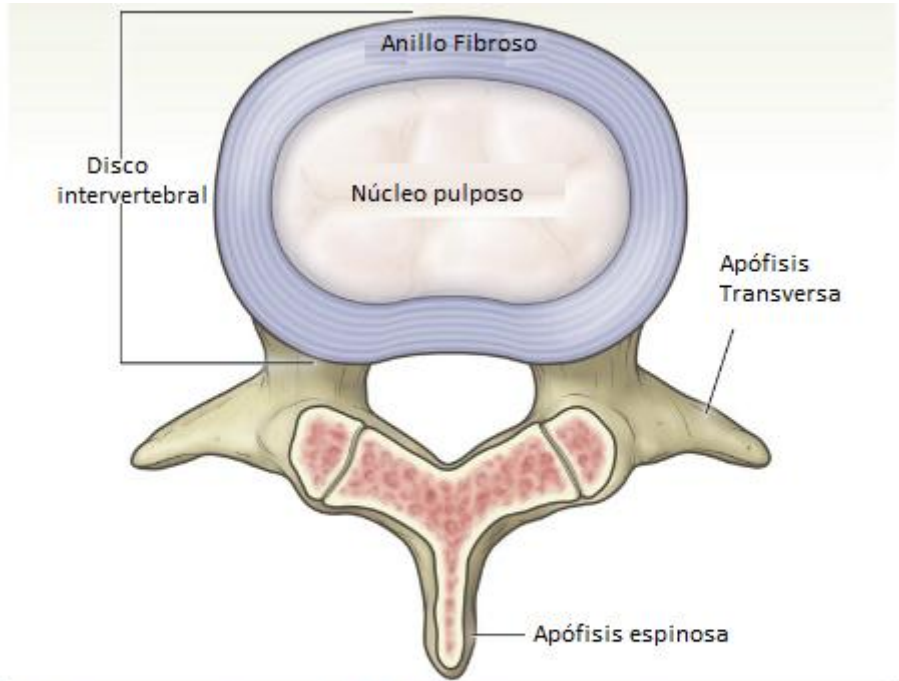
□ Los pacientes con déficits neurológicos graves o progresivos requieren que los interconsultes con cirugía.

□ La cirugía electiva es una opción para los pacientes con hallazgos clínicos y de RMN congruentes y no mejoran dentro de las 6 semanas.

□ El principal beneficio de la cirugía es el alivio de la ciática que es más rápido que el alivio con el tratamiento conservador, pero los resultados del tratamiento quirúrgico temprano vs el tratamiento conservador tienden a ser similares al año de seguimiento.

□ Los pacientes y los médicos deben participar en la toma de decisiones.

N Engl J Med 2016; 374:1763-1772 May 5, 2016



## En lumbalgia, pedir una radiografía, TAC o RMN...

Publicado entre el 28 y el 29 de Diciembre 2015

→ **No ayuda a mejorar más rápido.**

La mayoría de las personas con lumbalgia se sienten mejor en un mes.

→ **Puede llevar a procedimientos adicionales que compliquen la recuperación.**

Un estudio encontró que los que se habían hecho estudios por imágenes antes del mes no les fue mejor que las personas que tomaron medidas simples como: calor o mantenerse activo.

Otro estudio encontró que personas con lumbalgia y una RMN en el primer mes fueron ocho veces más probables a tener una cirugía, y no se recuperaron más rápido.

→ **Puede presentar riesgos.**

La radiografía de columna lumbar tiene una irradiación 75 veces mayor que una radiografía de tórax. Eso es especialmente más importante para mujeres y hombres en edad fértil. Por otra parte, hay falsos (+) que podrían ser completamente ajenos al dolor.

- ① Solo pedir imágenes después de 6 semanas de no mejoría.
- ② Si hay signos de daño nervioso severo o empeoramiento, o
- ③ un problema subyacente grave, como cáncer u osteomielitis.

### "Banderas rojas"

- Antecedentes de cáncer.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Fiebre.
- Infección reciente.
- Pérdida de control del intestino o la vejiga.
- Reflejos anormales, o pérdida de la fuerza muscular o la sensibilidad en las piernas.

### ¿Cómo se debe tratar?

- Mantenerse activo.** Descansar en la cama durante más de un día o dos puede causar rigidez, debilidad, depresión y recuperación lenta.
- Aplicar calor.** Una almohadilla caliente, manta eléctrica, o un baño o una ducha caliente relaja los músculos.
- Considere la posibilidad de medicamentos:** paracetamol, ibuprofeno y naproxeno.
- Dormir cómodamente.** Acostado de lado con una almohada entre las rodillas o acostado sobre la espalda con unas cuantas almohadas debajo de las rodillas puede ayudar.

[http://www.choosingwiselycanada.org/.../2014-03-26\\_EN-Low-Bac...](http://www.choosingwiselycanada.org/.../2014-03-26_EN-Low-Bac...)

## **Lumbalgia**

Publicado el 30 de marzo

¿Rx, RMN, o RMN urgente?

### **Rx sólo es útil:**

- a. Si sospechás traumatismo agudo.
- b. En posición vertical y supina. Este par puede ser muy útil, si estás pensando en demostrar evidencia de inestabilidad o alteraciones en la alineación de la columna vertebral en presencia de una deformidad, por ej, aparición o empeoramiento de espondilolistesis cuando está parado.

### **RMN es útil:**

La mayoría de la patología lumbar está relacionada a tejidos blandos, degeneración discal, hernias discales, o compresión de nervios por lo que la RMN es el estudio de elección si pensás en compromiso de ellos.

Cualquier paciente que tiene dolor lumbar permanente de 2 a 3 meses, refractario al tratamiento conservador como la fisioterapia, quiropraxia, osteopatía y/o acupuntura, es bueno que le pidas una RMN para ver si hay alguna patología orgánica que explica sus síntomas .

Si tienen dolor tipo ciática dolor la RMN debés pedirla antes, ya que es probable que sea por compresión de la raíz nerviosa de un disco prolapsado.

### **¿RMN urgente? ¿Cuándo?**

Si hay alguna bandera roja, la RMN hay que pedirla urgente.

#### **BANDERAS ROJAS:**

Retención urinaria.

Incontinencia de esfínteres.

Parestesia o anestesia en silla de montar.

Pérdida del tono anal.

Debilidad motora, (por ej. caída del pie).

Fiebre.

Antecedentes de tumores malignos o pérdida de peso inexplicable.

#### **TAC:**

Las TAC en realidad no están indicadas por alta dosis de irradiación.

Sólo son útiles en casos de fracturas interapofisarios o espondilólisis o en caso de evaluar correcciones quirúrgicas.

## **Lumbalgia: Un viejo tema, un nuevo enfoque.**

Publicado entre el 2 y el 3 de mayo

### **1 La lumbalgia es común y normal**

El 80% de la gente experimentará un episodio de lumbalgia durante su vida. Tener lumbalgia es como “estar cansado” o “algo bajoneado”; le ocurre a casi todo el mundo en algún momento. La mayoría de las lumbalgias agudas son resultado de simples estiramientos o “malos movimientos” y el pronóstico es excelente. En las primeras dos semanas de un episodio agudo de dolor, la mayoría de las personas va a reportar una mejora significativa en sus síntomas en casi 85%. Y casi todos estarán totalmente recuperados a los 3 meses.

### **2 Rara vez se necesitan estudios**

La evidencia sugiere que los estudios sólo muestran algo realmente importante en una pequeña minoría (<5%) de personas con lumbalgia.

### **3 Si pedís estudios antes hay que advertir algo:**

Antes se pensaba que pedir una imagen te proporcionaba una idea diagnóstica útil para el manejo. Sin embargo, esto no es así:

En general en una RMN se observan cosas que están erróneamente vinculadas con el dolor.

De hecho, los estudios han demostrado que EN PERSONAS ASINTOMÁTICAS existen abultamientos discales en un 52%, degeneración discal 90%, hernias discales: 28% y cambios visibles artríticos en un 38%.

Habitualmente se les comunica a las personas con lumbalgia que estos cambios tienen que ver con su cuadro lo que genera mayor temor, angustia y evitación de la actividad.

### **4 La lumbalgia no es causada por una hernia o algo fuera de lugar.**

No hay evidencia de que la lumbalgia sea causada por un hueso cartílago o articulación que esté fuera de lugar, o por desalineación de la pelvis. Para la mayoría de las personas con lumbalgia, las exploraciones no muestran ninguna evidencia de discos, huesos o articulaciones 'fuera de lugar'.

Las personas con alguna alteración en su alineación de la columna, tampoco parecen estar fuertemente relacionadas a su lumbalgia.

Por supuesto, vale la pena señalar que muchas personas se sienten mejor después de someterse a tratamientos como la manipulación o la kinesioterapia. Sin embargo, esta mejora se debe a una reducción a corto plazo del dolor, el tono muscular / tensión y el miedo, no se debe a la realineación de las estructuras corporales.

### **5 El reposo en cama no es útil**

En los primeros días después de la lesión inicial, evitando actividades agravantes puede ayudar a

aliviar el dolor, similar al dolor en cualquier otra parte del cuerpo, como por ej., un esguince de tobillo. Sin embargo, hay una evidencia muy fuerte de que mantenerse activo y volver a todas las actividades habituales gradualmente, incluyendo el trabajo y pasatiempos, es importante para ayudar a la recuperación.

Por el contrario, el reposo en cama prolongado es ineficiente, y se asocia con niveles más altos de dolor, mayor discapacidad, peor recuperación y más lenta. De hecho, parece que cuanto más tiempo una persona permanece en cama a causa de lumbalgia, peor se vuelve el dolor.

## **6 Más dolor no significa más daño**

Ahora sabemos que más dolor no siempre significa más daño. 2 personas con la misma lesión pueden sentir diferentes magnitudes de dolor.

El grado de dolor que se siente puede variar en función de una serie de factores, entre ellos la situación en que se produce el dolor, el dolor de experiencias anteriores, su estado de ánimo, miedos, entrenamiento, niveles de estrés y manera de enfermarse. Por ejemplo, un atleta puede no experimentar tanto dolor después de la lesión hasta más tarde cuando se encuentran en un entorno de menor intensidad.

Además, nuestro sistema nervioso tiene la capacidad de regular la cantidad de dolor que siente una persona en un momento dado. Si una persona tiene lumbalgia puede ser que su sistema nervioso esté hipersensible y padezca dolor, a pesar de que la lesión inicial haya sanado.

Esto puede significar que la persona siente más dolor cuando se mueve o trata de hacer algo, a pesar de que no está dañada su columna.

Una vez que las personas con lumbalgia pueden distinguir esta situación, es más fácil las intervenciones terapéuticas.

## **7 La cirugía rara vez es necesaria.**

Sólo una pequeña proporción de personas con lumbalgia requieren cirugía. La mayoría de las personas con lumbalgia deben manejar su grado de movimiento, comprender lo que significa el dolor, y la identificación de los factores que están implicados.

Esto debería ayudarles a continuar sus tareas diarias habituales, sin tener que recurrir a la cirugía. En promedio, los resultados de la cirugía de columna NO SON MEJORES en el mediano y largo plazo que las intervenciones no quirúrgicas, como el ejercicio.

## **8 Las mochilas son seguras.**

Muchas personas creen que a los niños que llevan una mochila pesada pueden tener lumbalgia. Sin embargo, ningún estudio encontró esta relación. Si un niño (o sus padres) considera que la mochila es muy pesada, el niño tiene más probabilidades de desarrollar lumbalgia, poniendo de relieve la importancia del miedo en el desarrollo de lumbalgia.

Dado la epidemia de inactividad y obesidad en los niños, quizás llevar una mochila sea una manera saludable y simple de hacer ejercicio.

## **9 No existe una postura perfecta de sentarse.**

¿Debemos sentarnos con la espalda recta? Contrariamente a la creencia popular, ninguna postura estática específica ha demostrado que sirva para prevenir o reducir una lumbalgia.

Las diferentes posiciones al sentarse son particulares a cada persona. Algunas reportan más dolor después de estar sentado recto y otros si permanecen encorvados. Así, mientras que encorvarse

tiene mala prensa, no hay evidencia científica que apoye esto. De hecho, muchas personas con lumbalgia pueden adoptar posturas muy rígidas (por ejemplo, sentarse muy erguidas) con poca variación de su dolor.

La posibilidad de variar nuestra postura, en lugar de mantener la misma postura, junto con aprender a moverse de una manera segura, relajada y variable es importante para las personas con lumbalgia.

#### **10 Levantarse e inclinarse es seguro.**

A menudo existe la creencia que actividades como pararse, inclinarse o girar son peligrosas y deben evitarse. Sin embargo, contrariamente a la creencia común, hasta la fecha no hay evidencia consistente entre cualquiera de estos factores y la lumbalgia.

Por supuesto, una persona puede tensar de manera inadecuada, la musculatura lumbar cuando levanta o carga algo que es más pesado de lo habitual. Del mismo modo, si una persona tiene lumbalgia, estas actividades podrían ser más dolorosas que lo usual. Esto, sin embargo, no significa que esa actividad sea peligrosa o deba ser evitada.

Las actividades de elevación, flexión y giro deben ser puestas en práctica para ayudar a fortalecer la región lumbar, al igual que volver a correr después de torcerse un tobillo.

#### **11 Evitar actividades y moverse con cuidado, no ayuda en el largo plazo.**

Muchas personas, después de un episodio de lumbalgia, pueden empezar a moverse de manera diferente debido al miedo al dolor o la creencia de que la actividad es peligrosa. Tal movimiento alterado puede ser perjudicial en el largo plazo y en realidad puede aumentar la tensión en la región lumbar.

#### **12 La falta de sueño influye en la lumbalgia.**

Cuando una persona tiene dolor, puede alterar el sueño. Pero tené en cuenta que esto funciona en dos sentidos: Los problemas de sueño pueden llevar a lumbalgia en el futuro. Por lo tanto como médicos debemos interrogar por esto y colaborar a mejorar los hábitos de sueño. Esto puede ser muy útil para reducir el dolor.

#### **13 El estrés, el estado de ánimo bajo y la preocupación influyen en la lumbalgia.**

Los sentimientos pueden influir en la cantidad de dolor que sentimos.

De la misma manera el herpes labial, colon irritable y el cansancio tienen un gran efecto sobre la lumbalgia. Por eso el manejo del nivel de estrés, ansiedad y estados de ánimo a través de hacer cosas placenteras y relajantes puede ser muy beneficioso.

#### **14 El ejercicio es bueno y seguro.**

Muchas personas con dolor tienen miedo de hacer ejercicio y lo evitan, ya que piensan que les puede causar más problemas. ¡No es verdad! El ejercicio regular ayuda a mantener el tono y en realidad reduce el dolor y el malestar. Relajar la tensión muscular, ayuda al estado de ánimo y fortalece el sistema inmunológico, una vez iniciado gradualmente.

Todos los tipos de ejercicio son buenos, sin grandes diferencias en la efectividad entre ellos (que elija el que al paciente le guste).

Caminar, subir escaleras, bicicleta, trotar, correr y elongar son todos buenos y ayuda a relajar la tensión muscular.

Cuando hay dolor, el ejercicio puede ser muy difícil. Se utilizan músculos no acostumbrados al ejercicio por lo que puede haber dolor después del ejercicio, pero no indica que haya más daño.

**15 La lumbalgia persistente puede verse con otros ojos.**

Dado que la lumbalgia se asocia con muchos factores que varían entre los individuos, los tratamientos que aborden los factores relevantes para cada individuo pueden ser eficaces. Es frustrante no poder conseguir el alivio después de muchos tratamientos diferentes y tiende al desaliento.

Recordá que hay muchas cosas para solucionar no sólo el dolor, el ejercicio, el sueño, el estrés, etc.

<http://sandiegopainsummit.com/.../cognitive-functional-therap...>



## **¡Por favor, NO se opere de la lumbalgia!**

**Publicado el 24 de octubre**

La lumbalgia crónica representa un enorme desafío al sistema de salud.

Las guías actuales recomiendan el uso de programas de rehabilitación multidisciplinarios cognitivo-conductuales y actividad física como tratamientos de primera línea para el dolor lumbar crónico, siendo la cirugía de fusión vertebral un último recurso cuando no están disponibles o han fallado los otros tratamientos.

Tres ensayos controlados aleatorios (ECA) realizados en Reino Unido y Noruega NO encontraron superioridad de la cirugía a 11 años de seguimiento.

[1] Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006; 15(Suppl. 2):S192–300.

[2] Mannion AF, Brox JI, Fairbank JC. Comparison of spinal fusion and nonoperative treatment in patients with chronic low back pain: long-term follow-up of three randomized controlled trials. *Spine J* 2013;13:1438–48.

## Evidencia Cochrane: AINEs locales para el dolor muscular

Publicado el 25 de octubre

El dolor músculo esquelético agudo (por ej. un esguince de tobillo o una distensión muscular) por lo general mejora sin tratamiento en 2 o 3 semanas, pero en ese tiempo puede ser muy doloroso. Los AINEs tópicos (geles, cremas, aerosoles, o ungüentos) se aplican en la zona de dolor, penetran en la piel, entran en tejidos o articulaciones, y reducen los procesos que causa dolor. Los niveles del medicamento en sangre son mucho más bajos que con el mismo medicamento tomado por vía oral. Esto minimiza el riesgo de efectos adversos.

Se realizaron búsquedas en bases de datos médicas de ensayos clínicos comparando AINEs tópicos vs placebo (cremas o geles que no contienen medicamento) u otros medicamentos en adultos de 16 años o mayores con dolor musculo esquelético (por lo general lesiones deportivas).

La evidencia actual es a febrero de 2015.

Esta revisión es una actualización del 2010.

Se identificaron 14 nuevos estudios para añadir a los 47 estudios incluidos en la revisión anterior. También se identificaron 14 estudios en un registro de ensayos clínicos que se han completado y tres informes breves de reuniones, para las que no podemos encontrar detalles completos (alrededor de 4500 participantes). Tres estudios más están en curso (casi 900 participantes). Los 61 estudios incluidos, incluyen 8386 participantes, en general de alta calidad. Los expertos evaluaron una serie de diferentes fármacos tópicos, sobre todo contra un placebo tópico con aplicación al menos una vez al día.

Entre los más eficaces se encuentran: geles de diclofenac y ketoprofeno e ibuprofeno.

7 u 8 de c/ 10 personas con distensión dolorosa, esguince, o contractura muscular redujeron el dolor usando geles de diclofenac y ketoprofeno después de 7 días, en comparación con sólo 2 o 3 de c/10 con placebo (datos de alta calidad).

Otros AINEs y formulaciones fueron mejores que el placebo, pero no tanto.

Debido a que tanto los AINE tópicos y placebo tópico se frota en la piel en estos estudios, sabemos que cualquier efecto no es sólo debido al roce.

Efectos Adversos:

Aproximadamente 1 de c/20 personas experimentaron un efecto secundario leve y de corta duración, como enrojecimiento en el sitio de aplicación. Este fue el mismo para los AINEs tópicos y placebo tópico (datos de alta calidad). Los efectos secundarios como malestar estomacal o sensación de mareo fueron poco frecuentes, sin diferencia entre los AINEs tópicos y placebo tópico (datos de alta calidad). No hubo efectos secundarios graves.

Conclusiones:

Los AINEs tópicos proporcionan buenos niveles de alivio del dolor en situaciones agudas, como esguinces, torceduras y lesiones por uso excesivo, probablemente similar a la proporcionada por los AINE orales. Los eventos adversos fueron generalmente mínimos.

[http://www.cochrane.org/CD007402/SYMPT\\_topical-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-acute-musculoskeletal-pain-adults](http://www.cochrane.org/CD007402/SYMPT_topical-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-acute-musculoskeletal-pain-adults)

Siempre hielo...

Publicado el 29 de marzo

## American Physical Therapy Association



Released November 18, 2015

American Physical Therapy Association

### **No indique calor (superficial o profundo) para obtener resultados a largo plazo beneficiosos en condiciones músculoesqueléticas**

Hay escasa evidencia que aplicarse calor (ya sea superficial o profundo) sirva a largo término en problemas músculo esqueléticos. Si existe limitada evidencia que el calor sirve para situaciones a corto plazo. Lo que sirve es un plan de tratamiento activo diseñado para aliviar el dolor, la movilidad, la funcionalidad y la calidad de vida. Hay nueva evidencia que los tratamientos de movilidad pasiva puedan dañar por aumentar temores e inseguridad sobre estar físicamente activo cuando aún está con dolor y puede prolongar la recuperación.

<http://www.choosingwisely.org/.../apta-use-of-heat-for-muscu.../>

## **Infiltrando rodillas en la osteoartritis**

**Publicado el 18 de Enero 2016**

Muchos pacientes pasan varios meses en lista de espera con dolor severo y pérdida de la función antes del reemplazo de rodilla.

La evidencia indica mejora a corto plazo de los síntomas de la osteoartritis de rodilla después de inyección intra articular de corticosteroides. Para una mayor respuesta, una dosis equivalente a 50 mg de prednisolona es necesario esperar unas 16 a 24 semanas para demostrar un beneficio.

Algunos traumatólogos son renuentes a las infiltraciones ya que el tratamiento a largo plazo podría promover a mayor destrucción articular y atrofia de los tejidos.

Sin embargo, los estudios sobre el daño del cartílago tienden a sugerir que los cambios son más probables debido a la enfermedad subyacente que al corticoide.

También ha habido sugerencias de que las inyecciones de esteroides pueden predisponer al paciente post-quirúrgico a infecciones de heridas profundas y superficiales. La tasa actual de infección para el reemplazo total de rodilla primaria es baja (1%).

Varios estudios indican que la infección después del reemplazo de rodilla se debe a múltiples factores y que el uso de esteroides intra articulares no es un factor predisponente.

Otros factores de riesgo para la infección incluyen:

- Artritis Reumatoide
- Cirugía previa a la rodilla
- Diabetes
- Hipotiroidismo
- Inmunodeficiencia
- Nutrición pobre
- Fallo renal
- Úlceras de la piel locales
- Abuso de alcohol
- Tabaquismo
- Obesidad

El uso de inyecciones de esteroides debe ser prudente y debe existir una clara comunicación entre el médico de atención primaria y el equipo ortopédico en cuanto a cuántas inyecciones se dan, el período de tiempo y la dosis. En general una ventana de tres meses entre la última inyección y cirugía.

## La osteoartritis sintomática de rodilla (OA)

Publicado entre el 10 de noviembre

Es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo.

Los médicos siempre estamos particularmente ansiosos por identificar el desgarro meniscal sintomático.

Este modelo de pensamiento es debido a la creencia de que la artroscopia y la meniscectomía parcial trata la lesión de manera eficaz.

Por lo tanto, se han formado generaciones de clínicos que tienen este concepto y esto ha llevado a solicitar una RMN para confirmar la hipótesis.

Pero es importante entender que un tercio de las personas asintomáticas de mediana edad y mayores tienen evidencia de rotura meniscal en la RMN.

Un estudio de febrero [1] mostró que la meniscectomía artroscópica NO es más beneficiosa que el lavado artroscópico sin resección meniscal en la reducción de dolor y funcionalidad en pacientes con desgarro meniscal degenerativo.

Estos resultados sugieren que la artroscopia puede no ser mejor que los procedimientos simulados, y que muchos de los síntomas "mecánicos" de bloqueo no pueden atribuirse al desgarro meniscal.

En los últimos 5 años, se publicaron 4 ensayos controlados aleatorios sobre la eficacia de la fisioterapia en pacientes de mediana edad y mayores con rotura meniscal degenerativa. 3 de estos estudios NO identificaron un beneficio de hacer la artroscopia, y 1 mostró que sí era más eficaz.

Varios de estos estudios tuvieron tasas altas (> 20%) de crossover (se pasaron de un tratamiento a otro) lo que puede haber sugerido la ventaja para la cirugía.

[1] Treatment of Meniscal Tear: The More We Learn, the Less We Know  
Annals of Int Med 9 Feb 2016

## **Síndrome patelofemoral.**

### **El tratamiento no farmacológico y su evidencia.**

**Publicado el 26 de julio**

1) Se recomienda el ejercicio para reducir el dolor en el corto, mediano y largo plazo, y mejorar la función en el mediano y largo plazo.

2) Se recomienda la combinación de ejercicios de cadera y de rodilla para reducir el dolor y mejorar la función en el corto, mediano y largo plazo, y esta combinación debería ser utilizada preferentemente a recomendar ejercicios solamente de rodilla.

Intervenciones combinadas (tratamientos que combinan ejercicios dirigidos a la musculatura de cadera y rodilla, taping de rodilla, movilización y plantillas):

3) Se recomiendan las intervenciones combinadas para reducir el dolor en adultos con dolor patelofemoral en el corto y mediano plazo.

Ortesis de pie

4) Se recomiendan plantillas para reducir el dolor en el corto plazo.

Otras intervenciones complementarias:

5) Las movilizaciones patelofemoral, la rodilla y lumbar NO mejoraron los resultados.

6) Agentes electrofísicos pueden no mejorar los resultados.

Nota: Estas recomendaciones se deben combinar con la información obtenida de cada paciente en forma individual: preferencias, experiencias, presentación y valores, junto con los valores, conocimientos y habilidades de los profesionales individuales para crear un enfoque de tratamiento centrado en el paciente.

<http://bjsm.bmj.com/.../2016/05/31/bjsports-2016-096268.full>

## **Pie plano**

**Publicado el 25 de febrero 2016**

El pie plano es común en los bebés y los niños y, a menudo resuelve sólo en la adolescencia. Por lo tanto, el pie plano se describe como fisiológico porque suele ser flexible, sin dolor, y sin consecuencias funcionales.

En raros casos, el pie plano puede ser doloroso o rígido, y puede ser un signo de patología subyacente del pie, incluyendo la artritis o coalición tarsal. A pesar de su prevalencia, no existe una definición estándar para pie plano pediátrico.

Por otra parte, no existen grandes estudios prospectivos que comparen la historia natural con diversos tratamientos.

La literatura disponible no dilucida qué pacientes están en riesgo de desarrollar dolor y discapacidad cuando sean adultos jóvenes.

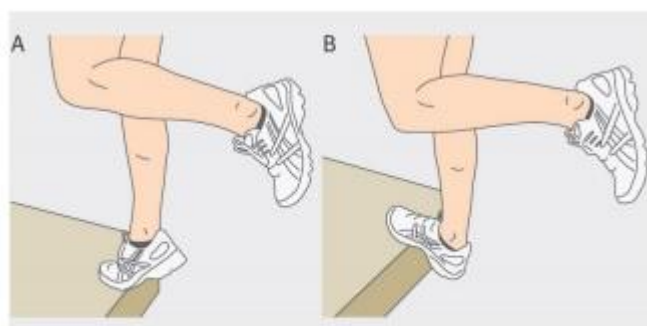
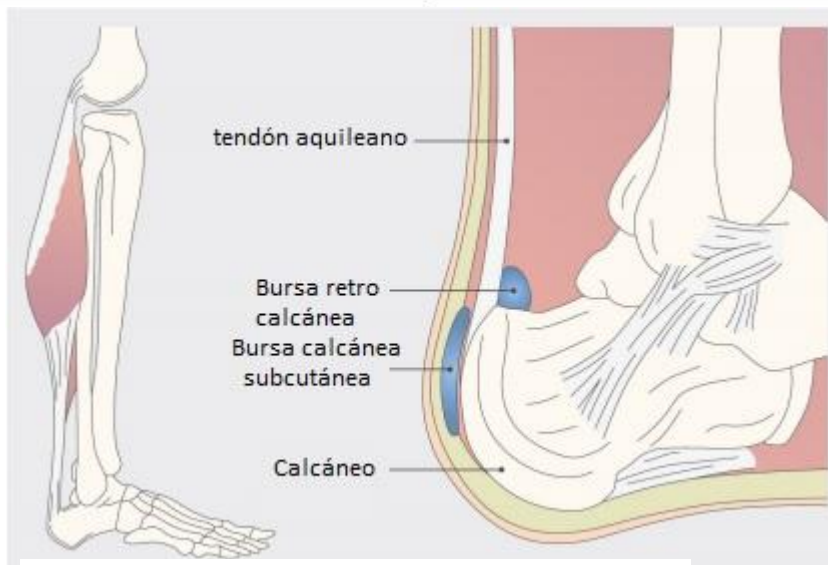
La evidencia actual sugiere que lo seguro y apropiado es simplemente conducta expectante ante un niño asintomático con pies planos.

El pie plano flexible doloroso podría beneficiarse de intervención ortopédica, como terapia física, ortesis, o incluso cirugía. Las ortesis o plantares pueden proporcionar alivio de dolor aunque por lo general no probó que altere el curso de pie plano flexible.

## Talalgia

Publicado el 15 de mayo

Patología	Características
Tendinopatía aquileana (a media altura del tendón)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor sordo crónico a lo largo del tendón de Aquiles.</li><li>• Clásicamente 2-6 cm por encima del calcáneo.</li><li>• Inicio gradual.</li><li>• Empeora con la actividad.</li><li>• Dolor y rigidez matinal característico.</li><li>• El dolor empeora en dorsiflexión.</li></ul>
Tendinopatía inserción de Aquiles	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor alrededor del calcáneo.</li></ul>
Bursitis retrocalcánea	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor entre el calcáneo y el tendón.</li><li>• sensible a la palpación directa en ese particular.</li><li>• El dolor empeora en flexión plantar.</li></ul>
Rotura parcial del tendón de Aquiles	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor repentino localizado en el fondo de la parte más larga del tendón de Aquiles. (es poco probable cuando un paciente se presenta con dolor crónico)</li></ul>
Pinzamiento posterior del tobillo	Dolor que empeora a la flexión plantar



Ejercicio de elongación gemelos



## **Osteoartritis (OA) Cervical**

Publicado entre el 3 y el 4 de junio

### **La radiografía es poco útil**

La OA (o espondilosis) cervical radiográfica es común, pero NO se correlaciona con el dolor de cuello.

Hay muy mala relación entre la gravedad de los síntomas y la espondilosis cervical, y sólo un pequeño porcentaje de pacientes que tiene evidencia radiográfica de OA cervical son sintomáticos.

Cuando la queja principal es dolor de cuello y la sospecha es OA cervical es muy poco útil pedir imágenes.

En un estudio de personas mayores de 70 años de edad asintomáticos, el 95% de los hombres y el 70% de las mujeres tenían evidencia radiográfica de OA de cuello.

Las radiografías simples de cuello pueden ser útiles para excluir lesiones óseas tales como Cáncer o Paget donde hay síntomas sistémicos.

Una RMN es la prueba de elección cuando hay signos de radiculopatía: Debilidad o pérdida sensorial persistente a nivel de una raíz, o sospecha de compresión de la médula.

### **El dolor no es sólo en el cuello.**

La OA o espondilosis cervical sintomática puede causar dolor en cuello, hombros, pecho y dolor interescapular.

Los síntomas más comunes de la espondilosis cervical son el dolor de cuello y rigidez sin afectación neurológica. Pero tené en cuenta que el dolor de las estructuras cervicales inferiores puede irradiarse a los hombros, la región interescapular o raramente la pared torácica.

El dolor asociado con el trastorno musculoesquelético mecánico suele ser poco nítido y sordo.

También puede presentar cefaleas y cuando hay compromiso en estructuras cervicales superiores puede manifestarse a la región del trigémino y a los dermatomas C1-C3.

Los hallazgos clínicos se limitan a movimientos restringidos y contractura de la columna cervical.

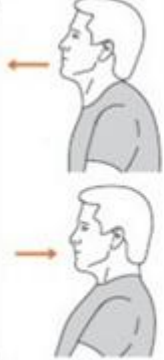
### **Tratamiento primera línea.**

La primera línea de tratamiento es siempre postural, sueño y ejercicios sencillos de movimiento.

Para los pacientes con OA cervical SIN afectación neurológica por lo general: brindar asesoramiento sobre postura, posición para dormir y ejercicios para el cuello. Ver imagen.

Siempre que sea posible, dormir de lado o boca arriba con una almohada que permita que el cuello esté en una posición neutra (sin flexión o rotación).


El uso de un collar cervical blando para dormir puede promover una posición neutral del cuello pero a menudo es mal tolerado por los pacientes. Los collares no deben utilizarse a largo plazo sin el asesoramiento de especialistas.



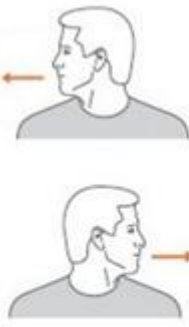
**Estiramiento del Cuello**  
 Manteniendo el cuerpo en reposo, llevar el mentón hacia arriba estirando la garganta. Contraer suavemente los músculos del cuello por 5 segundos. Volver la cabeza a la posición neutra y empujar hacia atrás manteniendo el mentón elevado por 5 segundos. Repetir 5 veces.



**Movimientos laterales del cuello**  
 Llevar la cabeza hacia el hombro "para que la oreja toque el hombro". Contraer suavemente los músculos del cuello por 5 segundos. Volver la cabeza a la posición neutra y hacerlo del otro lado. Repetir 5 veces.



**Inclinación del cuello**  
 Llevar el mentón hacia el tórax. Contraer suavemente los músculos del cuello por 5 segundos. Volver la cabeza a la posición neutra y repetir 5 veces.



**Lateralización del cuello**  
 Mover la cabeza hacia un lado manteniendo el mentón en la misma altura moviéndose dentro de límites cómodos. Contraer suavemente los músculos del cuello por 5 segundos. Volver la cabeza a la posición neutra y realizar el movimiento hacia el otro lado. Repetir 5 veces.

**El dolor debería disminuir en 2 semanas y debería recuperarse en 4-6 semanas. Debería realizar los ejercicios por 6-8 semanas para evitar las recaídas**

## Problemas Dermatológicos

---

## Al eccema atópico, ¡Hidratalo bien!

Publicado el 27 de Enero 2016

El eccema atópico (dermatitis atópica) es una enfermedad crónica inflamatoria, pruriginosa que se caracteriza por exacerbaciones y remisiones. Afecta a casi el 20% de los niños y en la mayoría de los casos mejoran en la adolescencia.

Se clasifica en

→Leve (casi 85%): en áreas de piel seca, prurito frecuente y áreas de enrojecimiento.

→Moderado: se agrega excoiación y engrosamiento localizado

→Severo: Sequedad generalizada, picazón incesante, enrojecimiento, escoriación, extenso engrosamiento de la piel, sangrado, supuración, grietas y cambios en la pigmentación.

Los niños afectados suelen estar irritables, no duermen bien, se sienten intimidados en la escuela, faltan, baja autoestima y bajo rendimiento.

Mecanismo

En la piel sana del estrato córneo (el nivel externa de la epidermis) es una fuerte barrera que controla la pérdida de agua trans epidérmica y detiene la afluencia de alérgenos e irritantes como la infección.

El reciente descubrimiento de mutaciones en el gen de la filagrina resulta en cambios que permiten la pérdida trans epidérmica de agua y la entrada de alérgenos e irritantes. Se cree que la interacción de estos factores con exposiciones ambientales (jabones, detergentes) se combinan para aumentar el problema.

La principal causa de fracaso del tratamiento es pobre adherencia. Consiste en el uso riguroso y constante de cremas hidratantes y emolientes. Educar a los padres es fundamental para el éxito del tratamiento

Los emolientes suavizan mientras que los hidratantes añaden humedad y trabajan para aumentar la hidratación de la capa córnea al detener la pérdida de agua a través de la oclusión.

Los emolientes se encuentran disponibles en aceites de baño, sustitutos de jabón. Los niños y sus padres y cuidadores deben participar en la elección de los productos hidratantes pero necesitan asesoramiento.

**EL USO INTENSIVO DE EMOLIENTES ES LA TERAPIA DE PRIMERA LÍNEA.**

El baño diario y la limpieza de la piel con emolientes agregados (agua pura tiene un efecto de sequedad en la piel) es una parte integral del régimen emoliente recomendado por los dermatólogos pediátricos.

Si la piel está agrietada o muy seca es bueno utilizar ungüentos oclusivos y grasos, aunque cosméticamente no sean lo mejor.

## Rastreo Cáncer de piel. Recomendación Fuerza de tareas americana.

Publicado el 31 de julio



### Rastreo de Cáncer de piel

JAMA. 2016;316(4):429-435. doi:10.1001/jama.2016.8465

<b>Población</b>	General
<b>Recomendación</b>	<b>I: Insuficiente evidencia</b>
<b>Valoración del riesgo</b>	Más común en hombres que en mujeres de piel blanca, personas que usan camas solares, con historia de quemaduras al sol y con antecedentes familiares. Los F de R específicos para melanoma son: Antec. de un nevo displásico (mola atípica), $\geq$ de 100 nevos, historia familiar de melanoma. El melanoma también aumenta con la edad.
<b>Estudios diagnósticos</b>	Al examen visual se valora: Asimetría, colores no uniformes, $>6$ mm, bordes irregulares, cambios en el tiempo
<b>Tratamiento e intervenciones</b>	Escisión con o sin adenectomía (depende del estadio en que se detecta). Hay varios tratamientos para el ca. basal y el escamoso.
<b>Balance entre beneficios/daños</b>	La actual evidencia es insuficiente para determinar beneficios o daños del rastreo
<b>Otras recomendaciones importantes</b>	Se recomienda que los niños y adolescentes de 10 a 24 años sean instruidos sobre la exposición a la luz uv para reducir el riesgo de desarrollar cáncer.



JAMA

7/30/2016

## Acné

Publicado entre el 7 y el 8 de octubre

El acné afecta al 85% de todos los adolescentes y al 12% de los adultos mujeres.

Es una condición inflamatoria crónica que presenta comedones: puntos negros y espinillas, pápulas, pústulas y nódulos.

Es causada por la producción de sebo inducida por andrógenos, hiperqueratinización folicular, y colonización de los folículos sebáceos (*Propionibacterium*).

Los folículos se tapan con material sebáceo debido a la queratinización folicular y luego se distienden, formando comedones.

Los *propionibacterium* crecen en los folículos y liberan citoquinas, causando inflamación.

Aunque es una condición benigna, el acné puede tener una considerable morbilidad, incluyendo dolor y malestar, cicatrices permanentes y depresión y ansiedad que resulta en baja autoestima.

La DAA reunió un grupo de trabajo de expertos, médicos generales, pediatras, y pacientes que elaboraron la guía.

El panel realizó una revisión sistemática y desarrolló recomendaciones.

### PRINCIPALES RECOMENDACIONES

- Los retinoides tópicos, el componente fundamental del tratamiento del acné, se recomienda como monoterapia para acné comedociano sólo o en combinación con ATB tópicos u orales en pacientes con componente mixto o principalmente acné inflamatorio (nivel de evidencia I).
- El peróxido de benzoilo es un tratamiento tópico efectivo para el acné. (Nivel de evidencia I).
- Los ATB tópicos (clindamicina o eritromicina) sólo hay que darlos en combinación con el peróxido de benzoilo (Nivel de evidencia I).
- Los ATB sistémicos se recomiendan para el acné inflamatorio y resistente a los tratamientos tópicos (nivel de evidencia I).
- El uso de ATB sistémicos debe ser de la menor duración posible, típicamente 3 meses y concomitantemente con tratamiento tópico en curso con peróxido de benzoilo o un retinoide se recomienda para el mantenimiento (nivel de evidencia I).
- Los anticonceptivos orales combinados son eficaces en el tratamiento del acné inflamatorio en las niñas y mujeres (nivel de evidencia I).
- La isotretinoína oral se recomienda para el tratamiento de graves acné nodular, el acné recalcitrante moderado o acné que produce cicatrices o trastornos psicosociales (nivel de evidencia I).

### Efectos adversos

Los beneficios de tratar el acné incluyen reducir el malestar psicológico, la morbilidad, y la cicatrización.

La respuesta clínica al tratamiento por lo general se produce dentro de las 8 a 12 semanas después de iniciar el tratamiento.

Todos los tratamientos tópicos para el acné pueden dar lugar a irritación de la piel y sequedad que pueden comprometer la adherencia.

Los retinoides pueden causar sequedad de la piel, eritema, irritación y descamación, que pueden ser minimizados por disminución de la frecuencia de aplicación de diaria a día por medio o cada dos días.

El peróxido de benzoilo puede causar irritación dependiente de la concentración, dermatitis de

contacto, y blanqueo de la piel.

Los antibióticos tópicos pueden causar prurito, eritema y descamación. Las reacciones adversas graves de los antibióticos sistémicos que se utilizan para el tratamiento del acné son raras.

La doxiciclina puede causar fotosensibilidad y alteraciones gastrointestinales, la minociclina, tinnitus, vértigo y depósito de pigmento en la piel, las membranas mucosas, y dientes.

Además de mejorar el acné, los anticonceptivos orales pueden disminuir la menorragia y la dismenorrea y reducir la formación de tumores benignos de ovario. Los anticonceptivos que contienen estrógenos están asociados con un pequeño aumento en la hipercoagulabilidad y pueden tener efectos en el riesgo de cáncer, tanto positivos como negativos (efecto protector en ovario, colorrectal y cáncer de endometrio y posible aumento del riesgo de cáncer de mama y de ovario).

El uso de isotretinoína se asocia con sequedad mucocutánea y oftálmica y ocasionalmente dolores musculares. De vez en cuando puede observarse elevaciones séricas de colesterol, triglicéridos y transaminasas; por lo tanto, se recomienda el control al inicio y durante el tratamiento.

A pesar de las advertencias, no se ha demostrado una relación causal entre el uso de isotretinoína y enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad psiquiátrica (depresión, ansiedad, cambios de humor o ideas de suicidio). La isotretinoína es un teratógeno que causa embriopatía que afecta al sistema nervioso central, cráneo facial, y estructuras cardíacas.

Un programa de manejo de riesgos: iPLEDGE, se utiliza para prevenir la exposición de isotretinoína durante el embarazo. La FDA requiere que los pacientes se inscriban a los requisitos del iPLEDGE mientras se administra la isotretinoína.

### **Discusión**

La terapia tópica debe ser utilizada continuamente para mantener una respuesta clínica satisfactoria. Numerosos vehículos tópicos están disponibles; diferentes formulas que puedan afectar la eficacia, la tolerancia, y la adherencia.

Para manejo del acné resistente, los anticonceptivos orales combinados a isotretinoína y antibióticos sistémicos deben ser considerados.

Los antibióticos sistémicos sólo se deben utilizar por cortos períodos.

El tratamiento eficaz del acné puede mejorar la depresión, ansiedad, y la auto-imagen.

La eficacia de otros tratamientos como peelings químicos, la luminoterapia, el láser no han demostrado eficacia.

No hay evidencia que apoye la idea de que una dieta suplementada de alto índice glucémico con productos lácteos, en particular leche descremada, pueda influir o estar asociada al acné.

No se recomiendan cambios específicos en la dieta.

JAMA October 4, 2016 Volume 316, Number 13





## ¿Hasta cuándo tengo que tomar los antidepresivos?

**¡Ya estoy bien!**

**Publicado el 5 de marzo**

→ Se recomienda realizar un tratamiento de 12 meses con la medicación antidepresiva.

→ Si tenés éxito con el tratamiento antidepresivo (6-12 meses bien), si es el primer episodio depresivo y no existen factores de riesgo para recaída, la suspensión debe ser discutida con el paciente.

→ La dosis debe ser reducida en cuatro semanas o más.

→ Si aparecen mareos, cefalea, náuseas o letargamiento debés realizar el descenso durante un período más largo.

→ Si el paciente está en mayor riesgo de recaída, o si son probables que las consecuencias de la recaída sean graves, discutir con el paciente que puede ser mejor continuar con la medicación 2 años.

□ Alto riesgo de recaída:

- Aquellos con dos o más episodios de depresión con un deterioro funcional significativo.
- Síntomas de depresión residual.
- Problemas de salud física o dificultades psicosociales.

→ Si el paciente continúa su medicación, debería continuar con la dosis que anduvo bien.

→ Ofrecer asesoramiento sobre medidas no farmacológicas para mejorar su depresión: Psicoterapia intensiva.

## **Los antidepresivos y el efecto placebo.**

**Publicado el 19 de mayo**

Se supone que los antidepresivos trabajan modificando un desequilibrio químico, específicamente, la falta de serotonina en el cerebro. De hecho, su eficacia es la principal prueba de la teoría de ese desbalance. Pero el análisis de los datos publicados y no publicados que estaban ocultos por las compañías farmacéuticas revela que la mayoría (si no todos) de los beneficios se debe a un efecto placebo.

Algunos antidepresivos aumentan los niveles de serotonina, otros los disminuye, y algunos tienen ningún efecto sobre la serotonina.

Así todo, ellos muestran el mismo beneficio terapéutico.

Incluso la pequeña diferencia estadística entre los antidepresivos y los placebos puede ser un efecto placebo mejorado, debido al hecho de que la mayoría de los pacientes y los médicos en los ensayos clínicos rompen el ciego.

Después de todo, la teoría de la serotonina puede ser lo más cercano a un error.

Una hipótesis que surge de estas conclusiones es si en lugar de curar la depresión, los antidepresivos puedan inducir a una vulnerabilidad biológica haciendo que las personas sean más propensas a deprimirse en el futuro.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4172306/>

## Los antidepresivos y el sobretatamiento.

Publicado el 15 de julio

Peter Gøtzsche, un médico danés e investigador, ha escrito un libro argumentando que el 97% de los medicamentos psiquiátricos causan más daño que bien.

Allen Frances, profesor emérito de psiquiatría en la Universidad de Duke y presidente del comité que produjo el DSM IV, dice que el 70% del libro de Gøtzsche es correcto, pero el gran problema es que los pacientes con enfermedades psiquiátricas graves están siendo abandonados, mientras que muchas personas con problemas menores son sobretatados.

El ataque que hace Gøtzsche es intenso: La base de investigación de la psiquiatría es poco fiable y está corrompida por la industria farmacéutica. Hay poca evidencia de que los fármacos psiquiátricos, en particular, los antidepresivos funcionen realmente, y además, hacen más probable el suicidio.

Un hallazgo consistente con la evidencia es que durante unos 40 años la respuesta al placebo ha sido cada vez más fuerte y el efecto de la droga psicoactiva más débil, es decir, la diferencia ha disminuido. Esto puede deberse a que las personas menos enfermas están siendo tratados e incluidas en los ensayos. Otro hallazgo consistente es que las drogas más la psicoterapia funciona mejor que cualquiera de los tratamientos por sí solo. La intensidad del tratamiento también es importante, por ejemplo, en 12 sesiones de psicoterapia son más eficaces si se realizan 2 veces por semana en lugar de una vez por semana. La calidad de la relación entre el médico y el paciente también es crucial, con una buena relación los tratamientos son más eficaces, incluyendo los tratamientos con fármacos. Un placebo entregado en una buena relación M-P puede ser tan eficaz como un fármaco activo entregado en una mala relación.

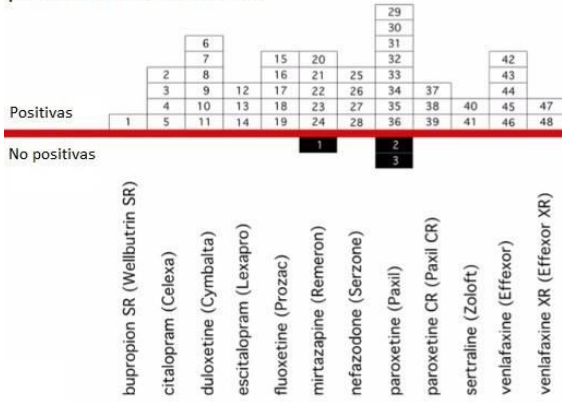
Un tercio de los pacientes, se recuperan sin tratamiento, y otro tercio no responderá al tratamiento. Los médicos deben estar pronosticando y tratar el tercio medio, evitar tratar a los que se recuperarán sin tratamiento, y ayudar tanto como sea posible, a través de apoyo social o intervenciones breves a los que no responden.

<http://www.deadlymedicines.dk/.../G%C3%B8tzsche-Deadly-Psychi...>

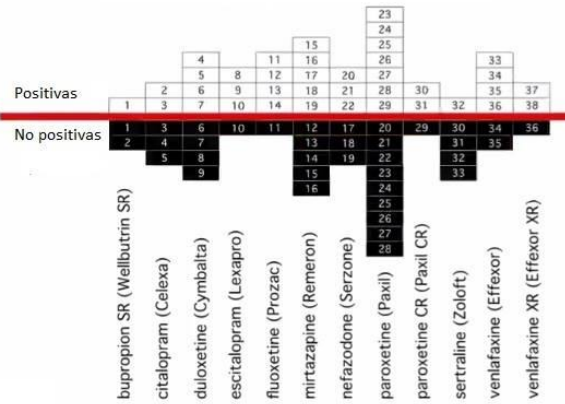
# ¿Qué versión sobre la efectividad de los antidepresivos será más real?

Publicado el 30 de agosto

Conclusiones que se pueden leer de los artículos sobre antidepresivos publicadas en las revistas médicas



Conclusiones de la FDA: Los mismos estudios



[http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs065779?utm\\_content=buffer40934&utm\\_medium=social&utm\\_source=twitter.com&utm\\_campaign=buffer](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs065779?utm_content=buffer40934&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer)

## ¿Antidepresivos o Benzodiacepinas para el ataque de pánico?

Publicado el 21 de septiembre

Una nueva revisión Cochrane [1] no pudo llegar a una conclusión sobre este tema. La mayoría de los estudios no fueron aleatorizados, incluyeron un pequeño número de participantes. En los trabajos no se proporcionaron detalles sobre posibles sesgos. El protocolo de estudio no estuvo disponible para casi todos los estudios y la información sobre los efectos adversos fue muy limitada. Por ahora, el posible papel de los antidepresivos y benzodiacepinas debe ser evaluado por el médico de manera individual.

La elección de a quienes indicar antidepresivos y/o benzodiacepinas por ahora no se puede hacer en base a lo que hay de evidencia.

[1] <http://onlinelibrary.wiley.com/.../14651858.CD011567.pub2/epdf>

## **Yo estoy en el DSM-5, Tú estás en el DSM-5, Nosotros estamos en el DSM-5**

**Publicado el 28 de septiembre**

La difusa frontera entre la psiquiatría y la medicina en general está a punto de experimentar un cambio radical.

La última edición del Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM 5) salió en mayo en medio de una controversia acerca de muchos de sus nuevos trastornos (todos los años agrega más y más rubros diagnósticos así que seguro estás en alguno de ellos!).

Entre éstos, el DSM-5 presenta el "Síntoma somático".

Este diagnóstico pobremente probado corre el riesgo de mal rotularse en una proporción importante de la población como enfermo mental.

La relación entre la psiquiatría y el resto de la medicina ha sido difícil de manejar tanto para los profesionales de la salud mental como para los médicos de atención primaria, y esto es aún más problemático para los pacientes atrapados en el medio y expuestos a muchos nuevos fármacos. En el DSM-5, el "trastorno somatomorfo" aparece en una nueva sección: "Síntomas somáticos y trastornos relacionados", que sustituye a la sección de "trastornos somatomorfos" que se encuentra en el DSM-4.

## El modelo de la salud mental

Publicado el 30 de octubre

Como médicos de familia nos toca cuestionar los modelos diagnósticos y terapéuticos.

Esta postura es necesaria ya que una gran proporción de pacientes que atendemos no tienen grandes problemas de salud y es la que está más "sometida" a las modas y tendencias médicas del momento.

Estos pacientes sufrieron (y sufren) los efectos de diferentes tratamientos que no son para ellos: hormonoterapia en la postmenopausia, vitamina D, tratamientos de prevención primaria para el colesterol, testosterona, etc.

En este contexto habría que pensar el modelo actual de la salud mental.

Aquí también hay riesgo de sobrediagnóstico. Confiamos demasiado en los antidepresivos y se indican para cualquier estado de ánimo bajo.

Las cifras mundiales hablan que las indicaciones de los mismos han aumentado notablemente en los últimos años. Una vez rotulados, es difícil sacar los mismos a nuestros pacientes y ahí comienzan a tomar antidepresivos por mucho tiempo.

En el modelo de la psiquiatría moderna se ven problemas de salud mental como un mero "desequilibrio" de neurotransmisores que un medicamento puede corregir: una mina de oro financiera de condiciones comunes y crónicas que requieren múltiples medicamentos. Sin embargo, hay poca evidencia para apoyar este modelo reduccionista de neurotransmisores biológicos que rechaza y disminuye la complejidad de la vida a una mera mezcla de reacciones químicas.

La mayoría de nuestros pacientes tienen síntomas depresivos leves a moderados.

Algunos estudios sugieren que los antidepresivos son ineficaces en estos grupos. Pero suponiendo que lo fueran, el NNT es de 7 lo que significa que sólo el 14% de los pacientes se beneficia realmente (reducción de riesgo absoluto). Lo que quiere decir que más del 75% del beneficio observado de los antidepresivos es, una respuesta placebo. Hay alternativas eficaces sin fármacos que funcionan mejor.

### Doctor: ¿Cuánto hace que toma el foxetin?

Paciente: 6 años

En cuanto a la tendencia a indicar antidepresivos a largo plazo, prácticamente no hay estudios más allá de unos pocos años, sin embargo, hay pacientes que los toman durante mucho tiempo (incluso décadas). Cuando los pacientes tratan de dejarlos, la mitad experimenta síntomas de abstinencia (agitación, insomnio y cambios de humor) que muchos interpretan como una vuelta a su bajo estado de ánimo.

Los pacientes no quieren dejar de tomar la medicación debido a estos síntomas de abstinencia físicos y psicológicos y permanecen atrapados en este rulo durante años. Y ¿qué tan seguro son los antidepresivos cuando se toman durante décadas? ¿Por qué no hay ningún intento sistemático para revisar la prescripción de antidepresivos a largo plazo?

1. Lacasse JR, Leo J (2005) Serotonin and depression: a disconnect between the advertisements and the scientific literature. PLoS Med 2(12):e392.

2. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. (2010) Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA 303(1):47–53.

3. Arroll B, Elley CR, Fishman T, et al. (2009) Antidepressants versus placebo for depression in primary care.

Cochrane Database Syst Rev (3):CD007954.

4. Mora MS, Nestoriuc Y, Rief W (2011) Lessons learned from placebo groups in antidepressant trials. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 366(1572):1879–1888.



## Alcoholismo - Tabaquismo

---

## Sigamos rastreando alcoholismo

Publicado el 25 de Diciembre 2015

El alcohol está implicado en el 50% de los accidentes de tránsito que provocan muertes o incapacidades definitivas y en algunos países en ciertas franjas etarias (adolescencia y primera juventud) este porcentaje se eleva hasta el 65%. Por cada muerto en Argentina en accidentes de tránsito hay 5 accidentados que quedan con incapacidades definitivas, es decir aproximadamente 40.500 con secuelas e incapacidades graves.

La alianza conducción y alcohol provoca anualmente más de 4.000 muertos y 20.000 discapacitados definitivos, siendo la mayoría de ellos menores de 35 años de edad.

## El alcohol y sus efectos sobre la salud

Publicado el 26 de Diciembre 2015

En 1990 una cohorte prospectiva (1) de más de 275.000 hombres fue seguida desde 1959. En comparación con aquellos que nunca bebieron alcohol, los que consumían 1 o 2 copas/día tenían una tasa de mortalidad significativamente reducida tanto de coronariopatía y por "todas las causas". Aquellos que consumían 3 o más al día también tenían un menor riesgo de muerte por enfermedad coronaria, pero con una tasa de mortalidad más alta por todas las causas.

En 2004 (2) se llegó a conclusiones similares. Siguieron a 6.600 hombres y 8.000 mujeres durante 5 años y encontraron que en comparación con aquellos que bebían alrededor de una copa/día en promedio, los que no bebían y los que bebían más de 2 copas al día tenían tasas más altas de mortalidad. Resultados como éstos han sido consistentes a través de una serie de estudios en diferentes poblaciones: El consumo moderado pareciera estar asociada con un menor riesgo de muerte.

Sin embargo, el alcohol parece tener efectos diferentes en diferentes enfermedades.

Casi la totalidad de los principales beneficios de la bebida se observan en enfermedad cv.

De hecho, en los hombres, el consumo de una cantidad sorprendentemente grande puede parecer protectora.

Cuando se trata de cáncer, el panorama es distinto. Por ejemplo, un estudio de cohorte de 2007 (3) (Women Health 's Study) encontró que a mayor consumo de alcohol, mayor riesgo de cáncer de mama. Una revisión sistemática del 2014 (4) de los estudios epidemiológicos y experimentales encontró que por cada copa adicional/día aumenta el riesgo relativo (comparando el riesgo en dos grupos) de cáncer de mama en forma estadísticamente significativa.

Un meta-análisis de cá colorrectal y alcohol (5) encontró que los bebedores pesados tenían mayor riesgo. No se ve esta relación con respecto al cá de vejiga o de ovario. Un estudio que incluyó a todos los tipos de cáncer (6) encontró que el consumo diario era protector; el consumo moderado no tuvo efecto; y el consumo excesivo es perjudicial.

El consumo moderado de alcohol se asoció a otros beneficios, una cohorte de 6.000 personas en Gran Bretaña (7) encontró que los que consumieron alcohol al menos 1 vez/semana tenían una función cognitiva significativamente mejor que los que no bebían en absoluto. Este efecto protector sobre la cognición se observa en personas que bebían hasta 30 tragos (cada trago es 200 cm<sup>3</sup> de vino) en la semana.

Una revisión sistemática de 2004 (8) encontró que el consumo moderado de alcohol se asoció con hasta un 56% menos de DBT en comparación con los no bebedores. Los grandes bebedores, sin embargo, tuvieron una mayor incidencia.

A esta altura te debés preguntar ¿Qué pasa con los ensayos controlados aleatorios? Después de todo, la evidencia epidemiológica y asociaciones de cohortes son relativas en cuanto a la misma.

Recientemente, en el Annals (9), se publicó un ECA. Los pacientes con DBT2 bien controlada fueron asignados al azar a beber 150 mililitros de agua, vino blanco o vino tinto con la cena por 2 años. Las bebidas fueron proporcionadas gratuitamente a los pacientes. Todos fueron puestos en una dieta mediterránea sin restricciones calóricas.

Los investigadores encontraron que los que bebieron el vino, especialmente el vino tinto, tuvieron una reducción de los factores de riesgo cardiometabólico, enfermedad cardíaca, diabetes o ACV.

Esto fue especialmente cierto en los pacientes que tenían ciertos genotipos. Además, no tuvieron efectos adversos significativos desde que se les asignaron al azar a beber alcohol.

En otro análisis de este ensayo controlado aleatorio publicado este año, el hallazgo más interesante fue acerca de la TA. En este estudio, algunas personas redujeron la TA sistólica. De nuevo, el alcohol no se asoció con efectos adversos significativos. Esto contradice los hallazgos de las revisiones sistemáticas de estudios epidemiológicos que muestran que el consumo de alcohol puede estar asociado con un pequeño pero significativo aumento en la TA.

Otro análisis de ese estudio encontró (10) que dio lugar a la mejora de los niveles de colesterol, a pesar de que muchos pacientes ya estaban siendo tratados con estatinas.

Un meta-análisis de 2011 examinó 63 ensayos controlados de vino, cerveza y licor, y encontró que todas esas bebidas aumentaban los niveles de HDL-col. Incluso existió un fenómeno dosis-respuesta, más alcohol más aumenta el HDL.

La síntesis de todo esto, parece que hay una cantidad considerable de evidencia de que el consumo moderado de alcohol se asocia con tasas reducidas de enfermedad cv, DBT y mortalidad. También parece estar asociada con un aumento de las tasas, tal vez en menor medida, de algunos tipos de cáncer, especialmente cá. de mama, así como algunas otras enfermedades o condiciones. Las ganancias derivadas de la mejora de las muertes por enfermedad cv parecen ser mayores que todas las pérdidas en otras enfermedades combinadas.

Pero el alcohol no es inofensivo. Muchas personas con ciertas enfermedades o trastornos, y mujeres embarazadas, deben evitarlo. Otros que no pueden mantener su consumo a niveles aceptables deben abstenerse.

El alcohol es muy perjudicial cuando se abusa, tanto que es difícil decirle a la gente que comience a beber por su salud.

(1) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2078609>

(2) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15127916>

(3) <http://aje.oxfordjournals.org/content/165/6/667.abstract>

(4) <http://www.ajpmonline.org/.../S0749-3797%2813%29006.../abstract...>

(5) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25170915>

(6) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23104725>

(7) <http://aje.oxfordjournals.org/content/160/3/240.long>

(8) <http://annals.org/article.aspx?articleid=717163>

(9) <http://annals.org/article.aspx?articleid=2456121>

(10) <http://ajh.oxfordjournals.org/.../2015/08/01/ajh.hpv126.long>

## Alcoholismo: Haciendo el diagnóstico

Publicado el 5 de junio

Dada la naturaleza casi ubicua de consumo de alcohol y la población en situación de riesgo, somos los médicos de familia los que estamos en condiciones de dar ayuda a muchos pacientes y orientarlos. Sin embargo está probado que tratamos más fácilmente sus comorbilidades, como hipertensión o depresión.

Algunos estudios sugieren que en otros países, sólo el 6% de los bebedores dependientes reciben tratamiento cada año.

Los estudios indican que cuando los médicos sospechan que un paciente tiene un problema con el alcohol, a menudo están en lo cierto, pero también muestran que la mayoría de los usuarios problemáticos de alcohol no son seguidos por este problema. (1)

Por esta razón, es importante la utilización de Cuestionarios apropiados.

Cuestionarios de rastreo

La herramienta de detección estándar (el patrón oro) es el AUDIT, que consta de 10 preguntas que preguntan: Frecuencia del consumo de alcohol, cantidad consumida y algunos daños asociados con esto.

Una serie de pruebas de detección más cortas se han utilizado en atención primaria, como FAST, CAGE, AUDIT-C, AUDIT-PC, M-SASQ (este es útil cuando hay poco tiempo, ya que es una sola pregunta) y el MAST.

El punto importante es que si cualquiera de estas pruebas es positiva, se debe realizar el AUDIT.

Les presentamos el AUDIT C (imagen), que contiene tres preguntas del AUDIT completo, por lo que sólo hay siete preguntas más que hacer en caso que se requiera realizarlo en forma completa.

En los hombres, un puntaje de 4 puntos ó más es considerado positivo de abuso de alcohol.

En las mujeres, un puntaje de 3 puntos ó más es considerado positivo.

Generalmente, cuanto más alto sea el puntaje en el AUDIT-C, más alta es la probabilidad de que el consumo de alcohol esté afectando su salud y seguridad.

Es importante recordar que entre los pacientes dependientes, la dependencia leve es más común, y vale la pena identificar y ofrecer tratamiento en esta etapa, ya que estos pacientes no necesitarán desintoxicación con ayuda médica. Si se tratan con éxito, ellos tienen una buena oportunidad de evitar consecuencias graves.

(1) Vinson DC, Turner BJ, Manning BK et al. Clinician suspicion of an alcohol problem: an observational study from the AAFP National Research Network. Ann Fam Med 2013; 11: 53-9

AUDIT - C	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
En el último año, ¿Cuántas bebidas alcohólicas suele tomar en un día de consumo normal?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7, 8 ó 9	10 ó más
¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario

## De tomar un poco de alcohol a ¿no tomar nada?

Publicado el 29 de julio

El alcohol se asocia a 7 cánceres pero esa no es la noticia...

La noticia es que hay buena evidencia sobre esto!

La evidencia epidemiológica apoya una asociación causal del consumo de alcohol y el cáncer de orofaringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y mama (mujer).

El uso de la palabra causal es lo trascendente en esta discusión. En muchos artículos se suele utilizar expresiones tales como "cáncer relacionado al alcohol" o "cáncer atribuible al alcohol", esto" que incorporan una asociación causal implícita, pero se interpreta como algo menor que el cáncer está causado por la bebida.

Para el cáncer y el tabaquismo los médicos decimos, "no debe fumar" pero no lo hacemos con el alcohol.

En la actualidad, el papel causal del alcohol se percibe como más complejo que el del tabaco, y entonces decirle a un paciente que deje de beber es inaceptable para nosotros.

Una revisión recientemente publicada (1) refuerza la necesidad de empezar a cambiar nuestro discurso.

Algunos datos muestran que sólo 1 de cada 10 personas en el Reino Unido son conscientes de la relación alcohol-cáncer.

Algunos piensan que la falta de claridad acerca que el alcohol provoca cáncer, está relacionado con la propaganda de la industria del alcohol, así como el hecho de que la base epidemiológica para la inferencia causal es un proceso iterativo que nunca se cumplirá plenamente.

La evidencia:

Es "particularmente fuerte" para el cáncer de boca, faringe y esófago (riesgo relativo: ~ 4-7 para  $\geq 50$  g / día de alcohol en comparación con ninguna bebida), pero no lo es tanto para el cáncer colorrectal, de hígado y cáncer de mama (riesgo relativo, ~ 1.5 para  $\geq 50$  g / día).

Para los cánceres de la boca, la faringe, la laringe y el esófago hay una interacción bien conocida de alcohol con el tabaquismo, dando como resultado un efecto multiplicativo sobre el riesgo.

Otros tipos de cáncer también son probablemente causados por el alcohol: Páncreas, próstata y piel (melanoma).

Acerca de la carcinogenicidad del alcohol.

La hipótesis es que el alcohol entra en las células con mucha facilidad, y luego se convierte en acetaldehído, que puede dañar el ADN y es un conocido carcinógeno.

Hay varias características de la causalidad que se han encontrado en los estudios epidemiológicos de alcohol y estos siete tipos de cánceres, tales como: una relación dosis-respuesta y el hecho de que el riesgo de algunos de estos tipos de cáncer (esófago, cabeza y cuello y el hígado) atenúa cuando se deja de beber.

Las estimaciones actuales sugieren que los cánceres atribuibles al alcohol en los siete sitios de cáncer constituyen el 5,8% de todas las muertes por cáncer en todo el mundo.

La industria del alcohol tiene mucho en juego, y eso lleva a una falta de información que altera los resultados de la investigación y contradice los mensajes de salud pública basados en la evidencia.

No hay ningún nivel seguro de beber con respecto al cáncer.

Esta fue también la conclusión del Informe Mundial contra el Cáncer 2014, emitida por la Organización Mundial de la Salud.

Los beneficios para la salud de beber a niveles moderados se ve cada vez más como falso o

irrelevante en comparación con el aumento del riesgo de una variedad de cánceres. A principios de este año, el Reino Unido emitió nuevas directrices sobre el consumo de alcohol, se advierte que cualquier cantidad de alcohol aumenta el riesgo de desarrollar una variedad de cánceres.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13477/full>

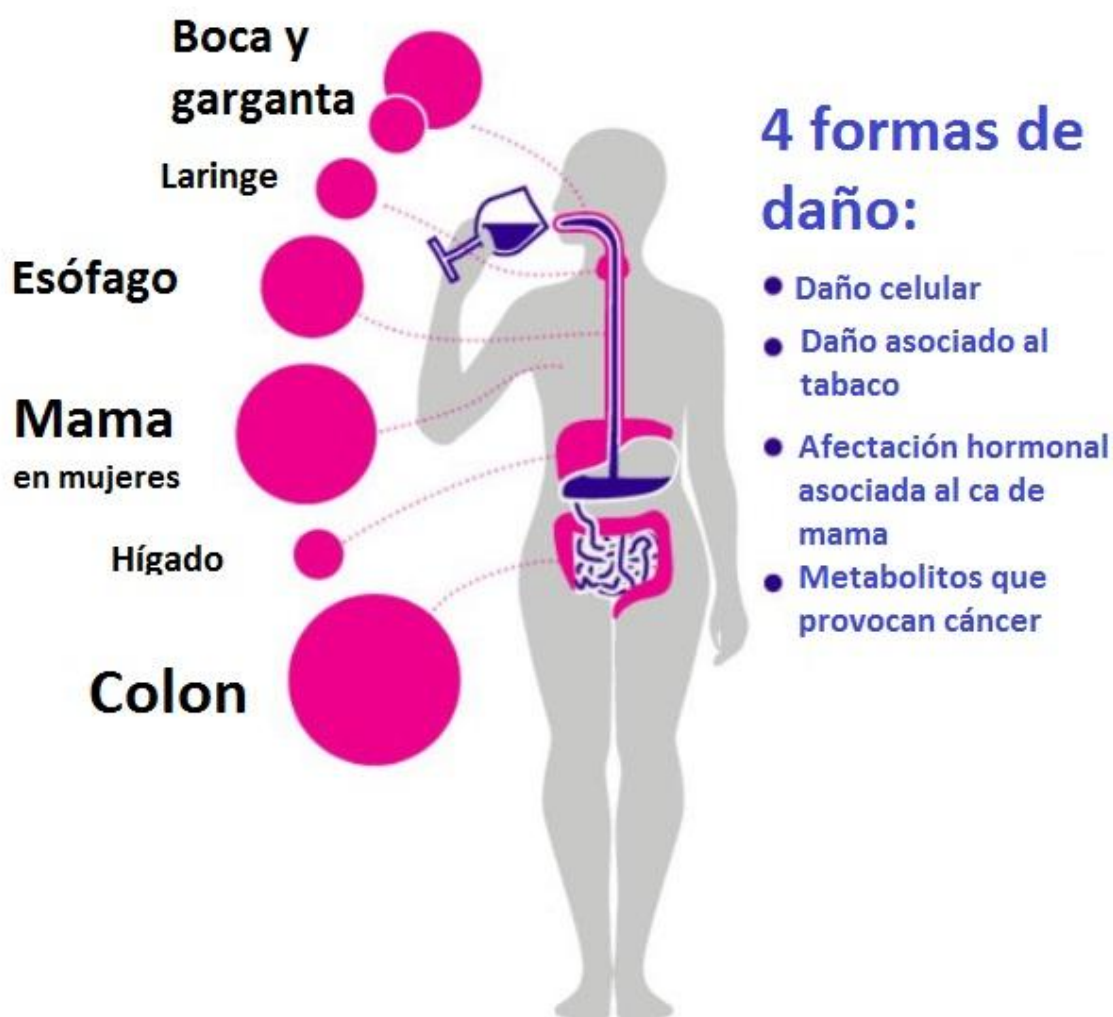
**El alcoholismo se asocia (con buena evidencia) a 7 cánceres.**

Publicado el 20 de noviembre

El tabaquismo lo mismo.

Los esfuerzos que tenemos que hacer los médicos de familia en relación a que la gente no beba debe ser equiparable al que hacemos para que no fume.

## HAY BUENA EVIDENCIA QUE EL ALCOHOL CAUSA 7 TIPOS DE CÁNCERES





## **Más hombres que mujeres usan y abusan del alcohol.**

**Pero la diferencia de género se está reduciendo.**

**Publicado el 3 de noviembre**

Los investigadores [1] extrajeron los datos de 68 estudios de consumo de alcohol publicados en todo el mundo desde 1948 hasta 2014. Se repartieron el consumo de alcohol en tres amplias categorías:

- a. cualquier uso de alcohol
- b. uso problemático de alcohol, y
- c. daños relacionados con el alcohol.

Luego se organizan los datos por edad y sexo.

Se encontró que en las 3 categorías, la diferencia entre hombres y mujeres es mayor en los grupos de mayor edad. Por ejemplo, los hombres nacidos entre 1911 y 1915 eran 2,4 veces más propensos a usar el alcohol como las mujeres, 2,7 veces más propensos a abusar de ella, y 3,6 veces más propensos a sufrir problemas de salud relacionados con el alcohol.

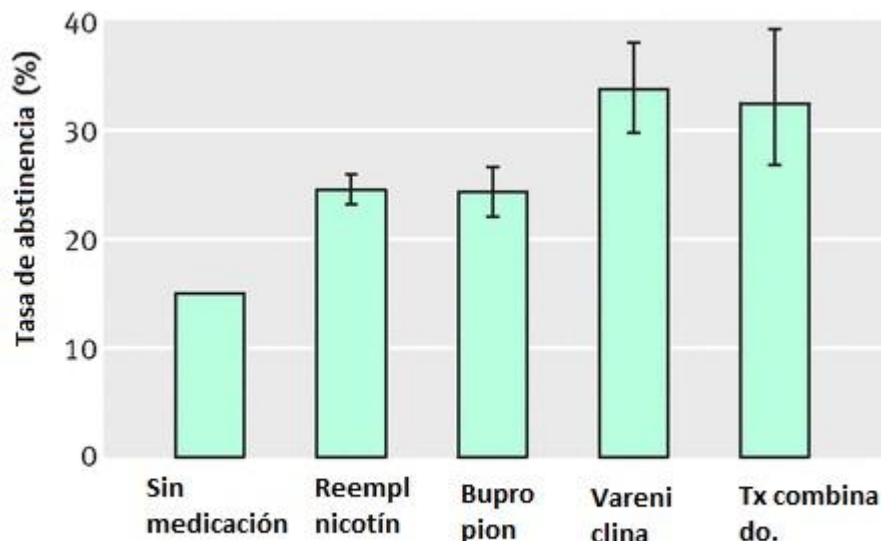
Por el contrario, en el grupo de menor edad (nacidos entre 1991 y 2000), los hombres eran 1,1 veces más propensos que las mujeres a utilizar, 1,2 veces más propensos al abuso, y 1,3 veces más propensos a sufrir de efectos nocivos del alcohol.

Las mujeres están bebiendo tanto como los hombres, sobre todo en las cohortes recientes, y tenemos que estar pensando en lo que sucederá con su salud a medida que envejeczan.

[1] <http://bmjopen.bmj.com/content/6/10/e011827>

## Tabaquismo. Eficacia y efectos adversos de los diferentes tratamientos

Publicado el 24 de febrero 2016



	Efectos adversos	Embarazo y lactancia
Terapia de reemplazo nicotínico (TRN)	<p>Enf cardíaca isquémica estable: Es segura. Arritmias graves y coronarios agudos deben tratar de fumar sin TRN (posible riesgo de angina y palpitaciones). Se puede considerar si se hizo un intento de abandono y falló, con un seguimiento de estos síntomas</p> <p>Efectos adversos menores Sensibilidad de la piel e irritación (20%) Han sido asociados con tos (8%) dolor de boca y garganta (5%) Hipo 3%.</p>	<p>Puede ser indicado (las revisiones sistemáticas NO muestran diferencias significativas en eventos adversos graves entre los grupos TRN y control en el embarazo. Es más segura en el embarazo que el humo del tabaco ya que contiene muchos toxinas. Como la nicotina puede ser perjudicial durante el embarazo, evitar los parches de 24 horas para reducir exposición innecesaria. Explicar riesgos y beneficios a las embarazadas o en período de lactancia antes del tratamiento. ¿Puede lactar con TRN? es más seguro que el humo de segunda mano para el bebé.</p>
Bupropion	<p>Convulsiones: Contraindicado en pacientes con antecedentes de convulsiones o condiciones que predisponen (anorexia, tumor cerebral, alcohol o abstinencia a las benzodiazepinas). Medir la TA antes y durante el tratamiento, y considerar suspender si se producen aumentos clínicamente importantes. El bupropión puede aumentar la TA, sobre todo cuando se administra conjuntamente con TRN Efectos psicológicos: Interrogar posibles cambio de comportamiento, hostilidad, depresión e ideas suicidas, teniendo en cuenta la evidencia contradictoria sobre este riesgo Efectos adversos menores Muy frecuentes insomnio (30-40%), sequedad de boca (10%) y náuseas 12%</p> <p>Interacciones con drogas: Debe evitarse en personas que toman medicamentos que extensivamente inducen o (-) el citocromo P450 (como difenilidantohina) Si el uso concomitante es necesario, reducir la dosis de los fármacos como el valproato de sodio para evitar toxicidad. El bupropion se metaboliza a su forma activa por CYP2B6, por lo que los fármacos que son sustratos para CYP2B6, incluyendo clopidrogel, podrían reducir la eficacia de bupropión.</p>	<p>Embarazo y lactancia Evitar el uso, se desconoce la seguridad.</p>
Vareniclina	<p>Psicológicos efectos a evaluar las tendencias suicidas después de comenzar, sobre todo en las personas con depresión actual o anterior. Sin embargo, la mejor evidencia actual no muestra un aumento de riesgo. ¿Se puede usar en enfermedad card. Isquémica? La evidencia actual no muestra un aumento de riesgo. Efectos adversos menores Náuseas (que causa la interrupción de 0,6 a 7,6% de los usuarios en los ensayos aleatorios), estreñimiento, dolor de cabeza, insomnio y sueños vívidos. La tasa de interrupción por eventos adversos es cercana al 9,5% (frente al 8,0% para el placebo)</p>	<p>Embarazo y lactancia Evitar el uso, se desconoce la seguridad.</p>

Las nuevas recomendaciones de la OMS sobre la presentación de las cajas de cigarrillos.

Publicado el 2 de junio



## Dejar de fumar, ¿de a poco o de un día para otro?

Publicado el 25 de julio

Los adultos que dejan de fumar por completo un día elegido en lugar de reducir gradualmente la cantidad tienen más probabilidades de dejar de fumar con éxito.

Hace unos meses salió en el Annals (1) una investigación que abarcó cerca de 700 fumadores adultos. Los mismos fueron asignados al azar a cualquiera de 2 posibilidades: cese gradual o súbito.

Con el cese gradual, los participantes establecieron una fecha y una forma gradualmente decreciente en su cantidad de fumar durante 2 semanas antes de esa fecha.

En el grupo interrupción repentina, los participantes fijaban una fecha y no cambiaban sus hábitos de fumar antes de esa fecha.

Ambos grupos recibieron terapia de reemplazo nicotínico antes y después de dejar de fumar, así como apoyo de comportamiento después de dejar de fumar.

El resultado primario - la abstinencia de fumar 4 semanas después de dejar de fumar - se logró más a menudo con el cese abrupto que gradual (49% frente al 39% de los participantes). Las tasas de abstinencia continuaron favoreciendo al grupo abrupto de dejar de fumar a los 6 meses (22% vs. 16%).

Los investigadores concluyen: "Estos resultados implican que, en la práctica clínica, debemos alentar a las personas a dejar de fumar abruptamente y no gradualmente."

<http://annals.org/article.aspx?articleid=2501853>

## Dejar de fumar.

Publicado el 25 de septiembre



Para animar a tus pacientes a dejar de fumar.

Publicado el 19 de octubre

## Nunca es tarde para dejar de fumar



## Problemas Gastrointestinales

---

## La litiasis biliar. Como siempre conducta expectante

Publicado el 23 de Enero 2016

Habitualmente se descubre accidentalmente por otros motivos. En la mayoría de los estudios sobre la historia natural de litiasis biliar, los pacientes son conscientes que los tienen y eso podría dar lugar a interpretación y manejo de síntomas abdominales secundario a este conocimiento (sesgo).

Este estudio se hizo en Dinamarca, los investigadores identificaron 664 personas (rango de edad, 30 a 70, con una edad mediana de 60) en el que se identificaron cálculos biliares en la ecografía (realizado por otro motivo). Los participantes NO fueron informados de los resultados de la eco. Luego se registraron todos los eventos de salud por los próximos 17 años. Sólo el 10% sabían que tenían cálculos biliares.

El 20% de los participantes desarrollaron eventos relacionados con cólicos biliares:

8% tuvieron "eventos complicados" (es decir, colecistitis aguda o colédocolitiasis) y

12% tuvieron "eventos sin complicaciones" (es decir, colecistectomía por una indicación no complicada, o el diagnóstico clínico de la colelitiasis sin tratamiento). Los predictores significativos de cualquier evento relacionado con cálculos biliares fueron:

1. Tener un lito grande (> 1 cm; OR= 2.3)
2. Tener múltiples litiasis (OR= 1,7)
3. Sexo femenino (OR= 2,3).

Por ejemplo, el riesgo a 10 años para un evento producido por litiasis biliar fue:

3% en hombres con una litiasis pequeña y

23% en mujeres con litiasis múltiple (y al menos un lito > 1cm)

Un lito grande fue particularmente predictivo de colecistitis aguda o colecistectomía para una indicación no complicada Tener litiasis múltiples fue particularmente predictivo de una coledocolitiasis.

Aunque la incidencia a largo plazo de las enfermedades relacionadas con cálculos biliares sintomáticos no es trivial en estos pacientes, es lo suficientemente baja como para apoyar lo que hacemos habitualmente en la práctica:

**EN GENERAL, NINGUNA INTERVENCIÓN A MENOS QUE LOS SÍNTOMAS SE DESARROLLEN.**

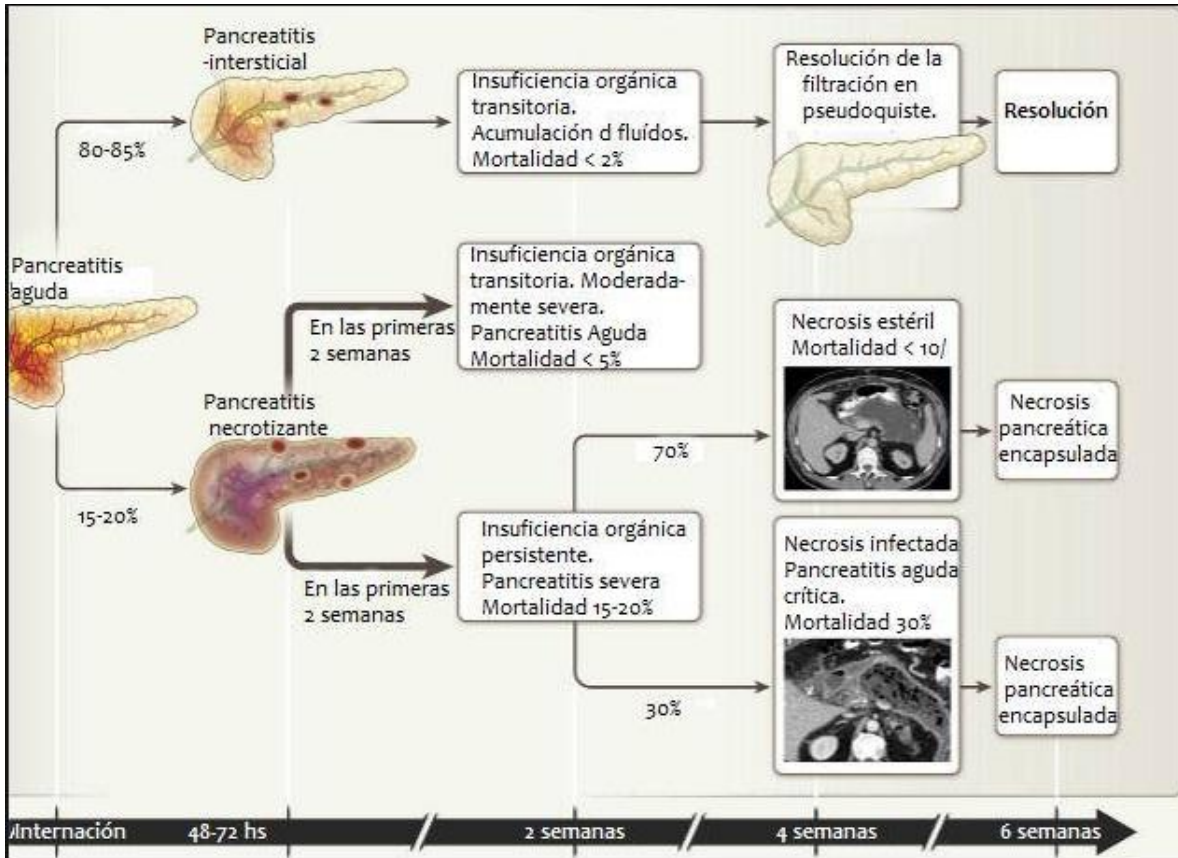
- (1) Allan S. Brett, MD R Shabanzadeh DM et al, Gastroenterology 2016 Jan 150:. 156



# Pancreatitis aguda

Publicado el 4 de diciembre

De la revisión que hace el NEJM



## **Pancreatitis: Cinco pistas falsas**

Publicado el 24 de abril

### **1. No siempre la elevación de la amilasa es un indicador de pancreatitis.**

La elevación de la amilasa sin síntomas: La macroamilasemia es una condición determinada genéticamente en el que las moléculas de amilasa tienden a polimerizar. Esto crea moléculas mucho más grandes que no se eliminan por los riñones, pero que son funcionalmente normales. El resultado es un alto nivel de actividad de la amilasa en sangre, en la ausencia de anormal funcionamiento del páncreas. Una proporción baja de amilasa urinaria hace el diagnóstico de este cuadro.

### **2. Características del dolor epigástrico:**

Repetidos episodios que duran unas pocas horas: Si el paciente se presenta con estos síntomas es poco probable que sea debido a pancreatitis (aguda o crónica), en el que el dolor es persistente, y por lo general tan grave que el paciente busca atención médica inmediata. Los episodios cortos de dolor epigástrico pueden deberse a úlcera duodenal, o cólico biliar. Una VEDA o ecografía puede ser lo indicado.

### **3. "Debe ser por alcohol, porque consume todos los días"**

Muchos pacientes consumen alcohol, pero pocos desarrollan pancreatitis. Antes de pensar en alcohol pensá en otras causas (cálculos biliares, medicamentos, infecciones).

### **4. "No creo que sea por alcohol porque bebe muy poco o moderadamente".**

La susceptibilidad al daño por el alcohol es muy variable. No hay ningún umbral seguro. La toxicidad pancreática puede verse afectada por el patrón de consumo de alcohol, o su combinación con el contenido de la dieta. Hay pruebas de que durante la recuperación de una pancreatitis aguda el riesgo de nuevos ataques es mayor en aquellos que continúan consumiendo alcohol, por lo que el consenso de expertos es que todos los pacientes deben ser advertidos de abstenerse durante al menos 6 meses después de la PA.

### **5. "Si los síntomas se resolvieron, no hay urgencia para investigar o tratar".**

Es esencial descubrir la causa, y eliminarla tan pronto como sea posible, para evitar un nuevo ataque de pancreatitis aguda que podría conducir a un deterioro permanente de la función pancreática, o incluso la muerte.

Como mínimo, una eco. En ausencia de litiasis o alcohol, debes investigar otras causas.

## **No hay buena evidencia para rastrear Enfermedad Celíaca.**

**Publicado el 11 de mayo**

La Fuerza de Tareas Americana (USPSTF) publicó un borrador en el que explica que la recomendación para rastrear Enfermedad Celíaca es I.

No hay suficientes estudios que evalúen los beneficios y los daños del rastreo de la enfermedad celíaca en personas asintomáticas.

Se precisa más investigación para saber qué ocurre:

- a. En personas con riesgo elevado (por ej, los que tienen antecedentes familiares de la enfermedad celíaca).
- b. con la eficacia del tratamiento de la enfermedad celíaca en pacientes asintomáticos y anticuerpos positivos.
- c. con las personas que dieron resultados Falsos Positivos.

## El H Pylori tratar o no.

Publicado el 24 de mayo

Es globalmente conocida la indicación de buscar H.Pylori en pacientes con úlceras pépticas, cáncer gástrico temprano, linfoma tipo MALT gástrico y en aquellos con antecedentes de enfermedad úlcero péptica ya que su tratamiento y erradicación aumenta la tasa de curación disminuyendo la incidencia de recaídas en úlceras, y mejora el pronóstico en el linfoma tipo MALT gástrico y en el cáncer temprano de estómago. Estudios de origen oriental sobre todo, lo proponen como rastreo en población general. Nosotros nos preguntamos si en nuestra población de baja incidencia de cáncer gástrico deberíamos buscarlo y tratarlo o qué hacer en caso de un resultado positivo pedido por otro médico

Dispepsia funcional la erradicación del H. pylori reduce los síntomas de dispepsia evaluado al año del tratamiento, pero el tamaño de este efecto es pequeño. A pesar de ello, tratar el H. Pylori en pacientes con dispepsia podría ser una estrategia costo-efectiva y un recurso en pacientes seleccionados

El American Colleague of Gastroenterology y la guía NICE recomiendan, en pacientes con dispepsia funcional que no requieren evaluación endoscópica (< 55años y sin signos de alarma), realizar diagnóstico de H. pylori con un test que evalúe infección activa (antígeno en materia fecal o test de urea espirada). Si es positivo, en lugares en donde la prevalencia de H. pylori es >10%, se sugiere testear y tratar. En Argentina la prevalencia de infección por H. Pylori es alta (35-70%). Si es negativo, o en lugares con baja prevalencia (< 5%) se recomienda tratar con IBP solamente.

Reflujo gastro-esofágico La erradicación del H. pylori está asociada a un leve empeoramiento de los síntomas de ERGE en pacientes con pangastritis y a una mejoría leve en pacientes con gastritis antral. No existen herramientas para distinguirlas . No está recomendada la estrategia de búsqueda de H. Pylori en pacientes con reflujo porque su tratamiento no resulta más beneficioso que no hacerlo.

Cáncer gástrico:

La erradicación de H. pylori reduce el riesgo de Ca. gástrico en poblaciones de alto riesgo. Nuestra población es en general de bajo riesgo. En el presente no hay suficientes datos para recomendar el rastreo masivo de H. pylori en pacientes asintomáticos. Sin embargo, en la población oriental que atendemos la situación puede ser más cercana probablemente a la de alto riesgo.

Resumen del ateneo de Evidencia clínica y comunitaria (ECCO) del viernes 20/5. Dra Marcela Botargues.

## Nueva Guía para la prevención y el tratamiento de la diarrea aguda. Diarrea del viajero.

Colegio Americano de Gastroenterología

Publicado el 20 de junio

Tené en cuenta que los gastroenterólogos evalúan menor número de pacientes con diarrea aguda que con diarrea crónica, nosotros vemos más pacientes con diarrea aguda, y los pacientes a menudo nos preguntan acerca de cómo prevenir la diarrea del viajero.

### Recomendaciones claves:

La mayoría de la diarrea aguda adquirida en la comunidad es de origen viral.

En diarrea aguda (duración: 1-14 días)

### Estudios:

a. El uso de la prueba *leucocitos en materia fecal* para guiar el uso más adecuado de a quien es cultivo es "impreciso y probablemente innecesario".

b. **Coprocultivo** cuando:

I. un paciente esté en alto riesgo de propagación de la enfermedad o durante los brotes.

II. Si se piensa en disentería (*Shigella* o *Entoameba histolítica*) moderada a grave, o un síntoma que dure > 7 días.

c. **No realizar antibiograma en la diarrea aguda.**

### Tratamiento

\*Excepto algunas pocas excepciones, la mayoría de los pacientes pueden rehidratarse adecuadamente con agua, jugo, bebidas deportivas, sopa y galletas saladas.

No tratar la diarrea aguda con probióticos o prebióticos excepto diarrea post antibiótico.

### Consideraciones sobre la diarrea del Viajero

\* Tratar la diarrea del viajero (DV) leve a moderada con bismuto. Advertir a los pacientes que tiene como efecto adverso lengua negra y heces negras (benigno).

\* **La loperamida también sigue siendo un excelente tratamiento para la DV.**

Ajustar la dosis para evitar el estreñimiento después del tratamiento, y no indicarlo por más de 48 horas.

La loperamida puede incluso ser segura en una disentería siempre que se combine con ATB.

\* No indicar tratamiento ATB empírico en la infección diarreica aguda, excepto en las diarreas del viajero en las que se considera altamente probable que sea por causa bacteriana.

En la diarrea del viajero se puede indicar una sola dosis o un curso de 3 días de quinolonas o azitromicina en dosis única (1000 mg), a excepción de sospecha o cultivo (+) de *Shigella*, que requiere un curso de 5 días.

### Profilaxis

Lavarse las manos y el alcohol tienen un valor limitado para la mayoría de las diarreas del viajero, pero podría ser útil en la prevención de brotes de norovirus en ámbitos cerrados: brotes institucionales, cruceros, etc. o en áreas de diarrea endémica.

Para la profilaxis de la DV considerar bismuto dos comprimidos o cucharadas (2,1 g) cuatro veces al día durante las comidas y antes de acostarse para proporcionar una reducción del riesgo del 60% para los viajes de hasta 2 semanas, pero por lo general no se indica para viajes más largos; dosis más bajas están asociadas con una menor protección.

No utilizar prebióticos, probióticos y simbióticos (combinaciones de prebióticos y probióticos) para la profilaxis DV.

Profilaxis antibiótica para la DV:

Sólo se recomienda en GRUPOS DE ALTO RIESGO y A CORTO PLAZO. Este papel limitado para la quimioprofilaxis está siendo reevaluado por la alta frecuencia y el impacto del cuadro de intestino irritable post-infeccioso y la disponibilidad de la rifaximina, que tiene características deseables y perfil de seguridad en comparación con las quinolonas para la profilaxis.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27068718...>

## Esófago de Barrett

Publicado el 3 de julio

### ¿Quién debe ser estudiado para el esófago de Barrett?

Las personas con ERGE crónica o severa (> 5 años de duración o, aquellos que tengan por lo menos, dos veces/sem síntomas o síntomas que interfieren con la actividad diaria).

Y que tengan al menos 3 de los siguientes:

- Edad > 50 años
- Sexo masculino
- Raza blanca
- Obeso
- Tabaquismo

O

- Antecedentes familiares de adenocarcinoma de esófago o el esófago de Barrett

NO hay evidencia de que el consumo de alcohol se asocia con el riesgo de esófago de Barrett.

### ¿Qué hacer una vez que se diagnostica esófago de Barrett?

Después del diagnóstico, los médicos deben tratar los siguientes temas con los pacientes:

- Control de síntomas de ERGE con medidas no farmacológicas y farmacológicas.
- Vigilancia endoscópica a largo plazo para detectar la progresión a displasia y adenocarcinoma esofágico.
- Determinar si es necesario un tratamiento endoscópico en pacientes con displasia confirmada.

### ¿Qué medidas de vigilancia se recomiendan después del diagnóstico?

¡Habrán muchos Barrett y pocas displasias!

El riesgo de progresión a cáncer es muy diferente entre los pacientes con Barrett que tienen displasia vs los que No tienen displasia. Estudios recientes estiman que el riesgo de progresión a adenocarcinoma esofágico en pacientes SIN displasia es de aproximadamente 0,33% anual, en comparación con casi un 10% anual en los pacientes con displasia de alto grado.

En pacientes con esófago de Barrett y metaplasia intestinal pero sin displasia, se recomienda realizar una VEDA c/ 3-5 años.

En pacientes con displasia de bajo o alto grado, se recomienda la intervención. Esta puede ser:

- Mucosectomía endoscópica
- Ablación por radiofrecuencia
- Crioterapia

Para los pacientes que no desean realizar terapias de ablación, se recomienda la vigilancia posterior cada 6-12 meses.

La vigilancia no es recomendable si la esperanza de vida de menos de cinco años.

BMJ 2016;353:i2373 doi: 10.1136/bmj.i2373 (Published 11 May 2016)

## Hepatograma alterado

Publicado el 3 de diciembre

Es un hallazgo incidental común (5 y 8% de la población general).

En un estudio de atención primaria del Reino Unido de 1118 pacientes, las causas más comunes de enzimas hepáticas anormales fueron:

- Hígado graso no alcohólico (26%)
- Enfermedad hepática relacionada con el alcohol (25%)
- Inexplicables (45%), muchas de las cuales tenían factores de riesgo metabólicos y probablemente tenían hígado graso.
- Otras causas como hepatitis B y C, hemocromatosis y enfermedades hepáticas autoinmunes representaron menos del 1% cada una.

Es importante destacar que el 8% de los pacientes con hígado graso no alcohólico en ese estudio ya tenían fibrosis avanzada que no habían sido observados previamente.

### Paso 1 - Reconocimiento de patrones:

Evaluar el patrón de anormalidad del hepatograma (bilirrubina elevada, colestática o hepática)

### Paso 2 - Evaluación inicial:

Identificar las causas potenciales, que pueden incluir el consumo excesivo de alcohol, la obesidad/hígado graso, y el uso de fármacos hepatotóxicos.

Considerará la posibilidad de utilizar el CAGE o el AUDIT para evaluar ingesta excesiva de alcohol. Aconsejar sobre cambios en el estilo de vida a aquellos pacientes que beben una cantidad excesiva de alcohol o son obesos.

Suspender cualquier medicamento hepatotóxico si es apropiado y seguro hacerlo.

Los fármacos hepatotóxicos de uso común incluyen:

- ◇ Antiarrítmicos, por ejemplo amiodarona
- ◇ Antibióticos, por ejemplo flucloxacilina, co-amoxiclav
- ◇ Antimetabolitos, por ejemplo metotrexato
- ◇ Antioestrogénicos, por ejemplo, tamoxifeno
- ◇ Antiepilépticos, por ejemplo fenitoína, carbamazepina, valproato sódico
- ◇ Medicamentos antituberculosos, por ejemplo rifampicina, isoniazida, etambutol
- ◇ Corticosteroides, por ejemplo fludrocortisona
- ◇ AINEs

Para los pacientes con enzimas hepáticas **mínimamente elevadas** (menos de 2 veces el límite superior de lo normal), repetirlos en 1-3 meses.

Tené en cuenta que las enzimas hepáticas pueden estar aumentadas por una enfermedad intercurrente.

Si las enzimas se normalizan después de una enfermedad, puede que no requiera más investigación.



Para los pacientes con enzimas hepáticas **más de 2 veces**, solicitar:

Ecografía del hígado

Serología de hepatitis B y C

Saturación de ferritina/transferrina sérica

Autoanticuerpos e inmunoglobulinas hepáticas,

Rastreo de celiaquía

Glucemia y lípidos

**Paso 3** - Evaluación secundaria:

Para aquellos con mínimas elevaciones de enzimas hepáticas que persisten después de 1-3 meses, solicitar lo anterior.

**Paso 4** - Decidí a quién interconsultar:

Para los pacientes en los que sospechás hepatitis B o C o enfermedad hepática autoinmune

La mayoría de los pacientes serán identificados como portadores de hígado graso o alcohol no necesitarán del especialista, pero requerirán refuerzo de consejos de estilo de vida y evaluación continua en atención primaria.

Para los pacientes con hígado graso, realizar una evaluación de la fibrosis por la siguiente:

<http://www.nafldscore.com/index.php>

Los pacientes con una puntuación de fibrosis baja (menos de -1.455) pueden ser manejados en atención primaria, ya que es muy poco probable que tengan fibrosis hepática avanzada.

## Problemas Neurológicos

---

## **Ante la sospecha de TIA, 300 mg de AAS**

**Publicado el 20 de mayo**

La muerte y la discapacidad pueden evitarse tomando inmediatamente aspirina después de un accidente cerebrovascular menor.

No hay que esperar a ser evaluado o que venga la ambulancia. El tratamiento más urgente reduce en gran medida el riesgo de un ACV mortal o incapacitante posterior. Tomar 300 mg de aspirina tan pronto como sea posible después de experimentar síntomas de advertencia reduce el riesgo de un 15% a un 70% -80%.

Un estudio (1) analizó datos de 15 ECAs que involucraron la aspirina. 56.000 pacientes con ACV. Casi la totalidad de los que tomaron AAS se beneficiaron en las primeras semanas después de un ACV menor inicial.

La mitad de los ACV recurrentes en personas que tuvieron un AIT sucede antes de buscar atención médica.

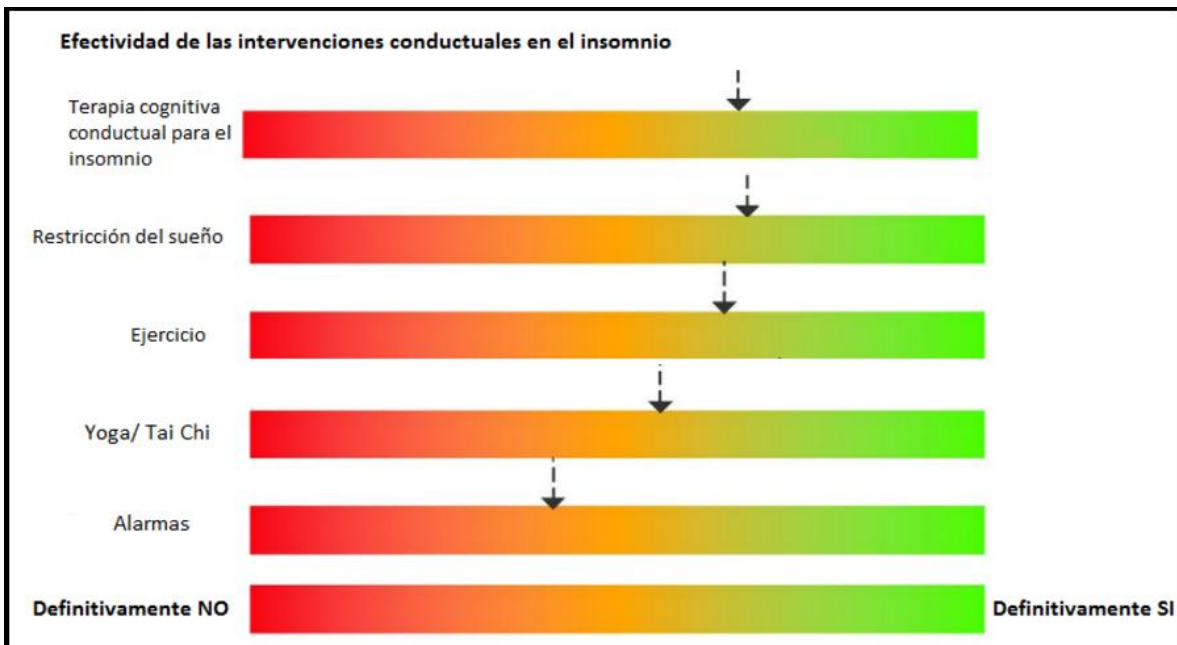
Los autores concluyen que hay que difundir en la población y animar a la gente a tomar aspirina si creen que pueden haber tenido un AIT o un ictus menor - experimentar síntomas neurológicos no familiares de aparición repentina - podría ayudar a hacer frente a esta situación, sobre todo si la ayuda médica urgente no está disponible.

(1) [http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736\(16\)30468-8/abstract](http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736(16)30468-8/abstract)

## Insomnio

Publicado entre el 16 y el 17 de julio

Tipos de insomnio	Hallazgos esenciales	Duración de los síntomas	Factores predisponentes o precipitantes
No claramente definido	* A pesar de adecuada cantidad de sueño, frecuente y persistente dificultad para mantener o iniciar el sueño.	Síntomas 3 días o más por semana. Por lo menos 3 meses de síntomas.	<b>Estrés:</b> Trabajo, familia, duelo. <b>Personalidad:</b> Ansiedad, preocupación por aspectos de la salud. <b>Condiciones psiquiátricas comórbidas:</b> Ansiedad, depresión. Asociación con desordenes del sueño. <b>Problemas médicos asociados:</b> RGE, dolores crónicos, alcohol. <b>Factores externos:</b> Ruidos, frío, etc. <b>Pobre higiene del sueño:</b> Mirar TV en cama.
Insomnio a corto término (insomnio agudo)	* A pesar de adecuada cantidad de sueño, frecuente y persistente dificultad para mantener o iniciar el sueño.	Síntomas < 3 meses. Puede ser esporádico o coincidir con algún estresor	Agudo, una causa identificable: Separación, duelo, robo, viaje, mudanza. Los demás factores se mantienen.
Otros trastornos de insomnio	En pacientes que tienen dificultad para mantener o iniciar el sueño pero no tienen los criterios completos de insomnio crónico o agudo	El diagnóstico no es específico y es usado esporádicamente.	No claramente definido pero probablemente similar a los otros dos.



### **Las controversias sobre los medicamentos para el insomnio.**

Una de las principales controversias en la medicina ha sido la posible asociación entre el uso de hipnóticos sedantes para el insomnio y el aumento de la mortalidad.

Se ha demostrado que el insomnio se asocia significativamente con mortalidad en los hombres (NO en mujeres) en algunos países.

En un estudio Finlandés de una gran cohorte de residentes de una comunidad, los hombres adultos con dificultad para iniciar el sueño se asociaron a mayor mortalidad (OR 2,51 (IC ,07- 5,88). También ocurrió lo mismo en una cohorte similar de Noruega (3,42, (IC 1,03 - 11.35).

Desde estos estudios, otros estudios retrospectivos bastante grandes se han publicado con resultados contradictorios.

Varios estudios de cohortes retrospectivos han examinado también el uso del zolpidem.

Una ingesta diaria de 10 mg se ha asociado con un mayor riesgo de cáncer en general, caídas y fracturas de cadera tanto en la noche como durante el día.

Las caídas en la noche, sobre todo en personas mayores con insomnio que están tomando hipnóticos sedantes, tienden a ser el resultado de un efecto combinado de la mala calidad del sueño y de la medicación.

El deterioro cognitivo y el riesgo de demencia se notificaron un 50% más con el uso de benzodiazepinas. Esta asociación se mantiene incluso después de controlar por otros factores como depresión, otras condiciones médicas crónicas, tabaquismo y alcohol.

Varias conclusiones se pueden extraer de la controversia en torno a los daños causados por el uso de hipnóticos sedantes y las limitaciones de la evidencia subyacente.

En primer lugar, los efectos adversos de tomar sedantes hipnóticos para el insomnio no son tan alarmantes como estos estudios sugirieron inicialmente. Sin embargo, estos fármacos no son tan benignos como se pensaba anteriormente.

En segundo lugar, la terapia cognitiva conductual en sus muchas formas debe ser la primera línea de tratamiento para el insomnio (ver posteo de ayer). En tercer lugar, los sedantes hipnóticos deben ser prescritos por períodos cortos y en situaciones específicas, y su uso debe ser aún más limitado en personas mayores de 65 años.

#### **Guías**

La Academia Americana de Medicina del Sueño no ha publicado directrices específicas para el tratamiento del insomnio crónico desde 2006, cuando se evaluaron las distintas intervenciones conductuales, pero no la opción farmacológica.

En 2010, la Asociación Británica de Psicofarmacología publicó una declaración de consenso con la participación de expertos de la Europa continental y América del Norte. Se recomienda que los métodos no farmacológicos relacionados con terapia cognitiva conductual y debería ser un tratamiento de primera línea para el insomnio crónico y que se deben hacer esfuerzos para aumentar su disponibilidad. Los tratamientos farmacológicos no deben ser primera línea, pero si es necesario se deben utilizar con precaución, de forma intermitente en un primer momento, y su uso debe ser reevaluado cada 3 o 6 meses.

<http://www.bmj.com/content/354/bmj.i2123>

## ¿Cuándo el insomnio agudo se convierte en insomnio crónico?

Publicado el 21 de noviembre

La mayoría de las personas experimentarán trastornos del sueño o insomnio agudo en algún momento de un año determinado (relacionado con estrés o cuando los patrones de sueño se interrumpen como los viajes, períodos de ocupación en el trabajo o enfermedad).

El insomnio se convierte en crónico cuando alguien tiene dificultad para iniciar el sueño o quedarse dormido durante al menos tres noches a la semana (NO necesariamente todas las noches) durante al menos tres meses y está preocupado por sus síntomas.

Puede haber preocupación o miedo asociado con el sueño. Por ej. Estar con una sensación de ansiedad antes de acostarse y luego, una vez en la cama, permanecer cada vez más alerta.

Una vez que el ciclo de preocupación se repite, puede convertirse en auto perpetuación.

Un estudio mostró que el 27% de personas con estos síntomas tuvieron resolución espontánea, y el 27% experimentó remisión y recaída.

### ¿Cómo evaluar a la gente con insomnio?

- Preguntar acerca de los síntomas comunes del insomnio
- Frecuencia y duración
- Evaluar el impacto que tiene el trastorno del sueño: Si es mínimo, el tratamiento puede no ser necesario, y sólo necesitará estar más tranquilo.
- Identificar otros problemas físicos o enfermedades mentales que pueden estar contribuyendo a los síntomas

### Tratamiento

Los agentes más utilizados son los hipnóticos (benzodiazepinas y agonistas del receptor de benzodiazepinas),

Antidepresivos sedantes

Antipsicóticos

Antihistamínicos,

Melatonina

Y los más nuevos:

Agonistas del receptor de melatonina

Antagonistas del receptor Orexina.

Todos los medicamentos están asociados con efectos secundarios y otros con dependencia a largo plazo.

La elección del fármaco utilizado debe adaptarse individualmente basado en los síntomas, comorbilidades, y la medicación concurrente.

El uso de fármacos debe ser cauteloso, a la dosis mínima requerida y por la duración mínima posible.

BMJ 2016;355:i5819 doi: 10.1136/bmj.i5819

## Síndrome de Meniere

Publicado el 25 de abril

La enfermedad de Meniere se presenta generalmente entre los 20-50 años, afecta un poco más a los hombres que a las mujeres.

En casi la mitad de los casos habrá un antecedente familiar.

La fisiopatología de la enfermedad se explica por un exceso de endolinfa que dilata el laberinto membranoso (ya sea por exceso de producción o defecto de la absorción de la linfa).

Durante un ataque agudo, el exceso de líquido provoca un aumento de la presión que rompe una membrana en el interior del oído interno (membrana de Reissner).

La endolinfa se libera en el espacio perilinfático y genera lesión en el oído interno.

Las manifestaciones clínicas de esto son la pérdida repentina de audición, acúfenos y vértigo (la tríada clásica del Meniere). Las náuseas y vómitos también pueden darse. Los pacientes manifiestan el tinnitus como un sonido muy intenso (el rugir de un animal) y describen sensación de plenitud en el oído. El nistagmo siempre está presente durante un ataque, por lo general en el plano horizontal y afecta más al ojo contralateral del oído afectado.

Es raro pero puede presentarse sin vértigo (esto se conoce como hidropesía coclear), y el 40% de estos pacientes finalmente desarrollará vértigo.

Es una enfermedad progresiva que pasa por 3 etapas:

- (1) Estadio temprano: Episodios impredecibles de vértigo, náuseas, vómitos y sensación de plenitud auditiva que duran desde 20 minutos hasta 24 horas.
- (2) Etapa media: Continúa el vértigo y la pérdida de audición se convierte en una característica importante que no puede resolver entre los ataques. El tinnitus empeora.
- (3) La pérdida de audición es progresiva y no fluctuante. El tinnitus empeora. Puede desarrollar problemas de equilibrio y la persona puede sentirse muy inestable, especialmente en la oscuridad.

## Si tuvo conmoción cerebral es crítico realizar la siguiente evaluación

Publicado el 12 de mayo

En pacientes que practican deportes y han sufrido una conmoción cerebral. La misma es una lesión cerebral fisiológica que produce síntomas sistémicos y cognitivos.

Además de las evaluaciones cognitivas, estado de ánimo y ansiedad, tenés que:

1. Examen para la disfunción autonómica:

Hipotensión ortostática y aparición o incremento de los síntomas al realizar una ergometría de intensidad (se denomina Buffalo Concussion Treadmill Test (BCTT)).

2. Evaluar los nervios craneales, especialmente el olfato.

3. Examinar lesiones de cabeza, cuello y, en especial, columna vertebral cervical. Pueden producir mareos, dolores de cabeza, y anomalías del equilibrio. Las evaluaciones incluyen la propiocepción cervical y problemas en las articulaciones temporo-manibular.

4. Equilibrio / examen de la coordinación.

Las pruebas incluyen coordinación motora y tareas de resolución de problemas de matemáticas mientras se somete a la prueba del "levántate y anda".

5. Exámenes vestibulo-oculares y oftalmológicos. Impedimentos vestibulo-ocular se prueban con la prueba de impulso cefálico (Head thrust test) (1). También se examina la agudeza visual dinámica, son evaluados actividades suaves, movimientos sacádicos horizontales y verticales, punto cerca de convergencia, reflejo vestibulo-ocular horizontal, y sensibilidad al movimiento visual.

(1) <https://youtu.be/KYI7eHhwhwk>



## **Parálisis de Bell: Tratamiento**

Publicado entre el 4 y el 5 de octubre

La mayoría de los pacientes se recuperan de la parálisis de Bell sin tratamiento, pero puede tardar 3-6 meses para que los síntomas se resuelvan por completo.

Casi el 16% de los pacientes no tratados desarrollará debilidad facial permanente de moderada a severa.

Esto puede conducir a disfunción y desfiguración facial y problemas psicológicos asociados.

Las dosis altas de corticoides v.o. son la base del tratamiento para la parálisis de Bell y se ha demostrado en los ECA que mejoran la recuperación si se administra dentro de las 72 horas de aparición de los síntomas. Se cree que pueden reducir la inflamación asociada.

El régimen recomendado es prednisona 50 mg/día durante 10 días.

La terapia antiviral concomitante (por ej., aciclovir o valaciclovir) se ha considerado como un tratamiento potencial para la parálisis de Bell, sobre la base de que podría ser causada por herpes simplex.

Sin embargo, hay poca evidencia de alta calidad de beneficio.

No hay evidencia convincente del papel de la fisioterapia (por ej reeducación neuromuscular facial) o acupuntura en el tratamiento de la parálisis de Bell.

### **Cuidados del ojo**

Es vital en pacientes que no ocluyen bien y tienen ojo seco evitar la ulcera de córnea y, potencialmente, la ceguera.

Esto debe consistir en:

- \* Lágrimas artificiales durante el día.
- \* Ungüento lubricante nocturno.
- \* Ocluir el ojo por la noche para mantenerlo cerrado.

A largo plazo, los pacientes pueden necesitar ser enviados al departamento de oftalmología para aplicarse toxina botulínica o tarsorrafia quirúrgica (costura parcial de los párpados juntos).

### **Síndrome de Ramsay Hunt**

Dolor con vesículas en el canal auditivo o en el paladar blando.

Se piensa en una infección por herpes zoster del nervio facial.

Requiere un tratamiento precoz de corticoides y antivirales

Se asocia con un peor pronóstico de la parálisis facial.

### **Consejo práctico**

Los síntomas de la parálisis de Bell deben empezar a mejorar en 2-3 semanas, y los pacientes deben ser advertidos de consultar si esto no sucede.

Un pronóstico positivo se asocia con:

- \* Signos de mejora dentro de las 2 semanas del inicio.
- \* Debilidad parcial al inicio.
- \* Una recuperación completa se observa en 94-99% de los pacientes con debilidad parcial, en comparación con 75% con debilidad completa.
- \* Edad temprana.
- \* Uso de esteroides dentro de las 72 horas de la aparición.

La parálisis facial se repetirá hasta en el 10% de los pacientes, con un intervalo promedio entre los ataques de 10 años.

### **Parálisis facial: Cuándo derivar.**

- Ante cualquier duda sobre el diagnóstico.
- Parálisis recurrente.
- Si es bilateral.
- Si la córnea permanece expuesta después de intentar cerrar el párpado, consultá con urgencia a oftalmología.
- Si la parálisis no muestra signos de mejora después de 1 mes, o existe la sospecha de un diagnóstico subyacente grave (por ejemplo, colesteatoma, tumor de parótida, otitis externa maligna)
- Si hay parálisis residual después de 6-9 meses, considerar la derivación a un cirujano plástico con un interés especial en la cirugía reconstructiva facial después de este tiempo.

## Paciente con temblor

Publicado entre el 8 y el 9 de noviembre

### Criterios para el diagnóstico

Criterios básicos	Criterios secundarios
Temblor de acción bilateral de manos y antebrazos (sin temblor de reposo).	Larga duración (>3 años)
Ausencia de otros signos neurológicos (puede estar presente el fenómeno de rueda dentada).	Antecedentes familiares positivos
Puede haber temblor de cabeza sin signos de distonía.	Respuesta beneficiosa al alcohol.

### Tratamiento

- El temblor esencial puede ser tratado farmacológicamente:  
El propranolol y la primidona son los fármacos más eficaces y mejor estudiados.
- En pacientes que padecen temblor fisiológico, es oportuno hablarles de la reducción o manejo del estrés, ansiedad o cansancio.  
En algunos pacientes es útil tomar dosis únicas de propranolol preventivamente ante situaciones sociales que probablemente exacerben el temblor (por ej. en el temblor asociado con hablar en público).
- El temblor en reposo, tal como el de la enfermedad de Parkinson u otros trastornos parkinsonianos, se maneja mediante el tratamiento del trastorno subyacente, típicamente con agentes antiparkinsonianos tales como amantadina, agonistas dopaminérgicos, levodopa y anticolinérgicos.
- El temblor cerebeloso carece de cualquier farmacoterapia útil.
- El temblor ortostático se limita a piernas y tronco y se produce exclusivamente mientras está de pie. En un estudio retrospectivo, el tratamiento con benzodiazepinas (clonazepam), se asoció con alivio moderado o marcado en casi un tercio de los pacientes. El tratamiento con otras clases de medicamentos se asoció con tasas aún más bajas de mejoría.

## Ancianos

---

## Cuestionario ZARIT: Estrés del cuidador

Publicado el 15 de agosto

### Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando al tener que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia    Nunca.....Casi nunca.....A veces.....Bastantes veces.....Casi siempre

Puntuación    0            1            2            3            4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos.

Sin embargo, suele considerarse: No sobrecarga < 46 y Sobrecarga intensa > 56

## **Ancianos y con falta de aire.**

### **¿Es del corazón o de los pulmones?**

**Publicado el 17 de agosto**

¿Qué difícil es no?

La dificultad para respirar es el desencadenante más común para la admisión aguda en pacientes de mayor edad.

La mayor parte se atribuye a insuficiencia cardíaca, neumonía o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pero estos diagnósticos a menudo se superponen o cambian con repetidas admisiones.

Un estudio (1) de más de un cuarto de millón de pacientes en mayores de 65 años en 368 hospitales de Estados Unidos estima que el 32% de los pacientes ingresados con neumonía también reciben tratamiento para otras enfermedades cardiopulmonares. A su vez, 39% de pacientes con insuficiencia cardíaca reciben tratamiento para la enfermedad pulmonar, y el 19% con enfermedad pulmonar obstructiva crónica reciben tratamiento para insuficiencia cardíaca o neumonía, o ambos.

(1) <http://onlinelibrary.wiley.com/.../abstract;jsessionid=3B203C...>

## Rastrear FA.

Publicado el 26 de agosto

Se espera que para el próximo año la Fuerza de Tareas Americana o Canadiense se expidan acerca de si rastrear o no la FA en personas asintomáticas de más de 65 años.

En una editorial del Lancet hay quienes propugnan que sí ya que la fibrilación auricular es uno de los diez factores de riesgo potencialmente modificables asociados con el ACV agudo identificado en el estudio INTERSTROKE (1).

La población en riesgo de sufrir un ACV isquémico por una fibrilación auricular es 17.1% en Europa occidental, América del Norte y Australia.

Mientras tanto, podemos hacer muchas cosas con los pacientes como trabajar los factores de riesgo potencialmente modificables: HTA, actividad física regular, apolipoproteína [Apo] B/apoA1, dieta, índice cintura-cadera, factores psicosociales, tabaquismo, consumo de alcohol y DBT. Estos factores representan el 90.7% de la población de riesgo atribuible para el ACV en todo el mundo.

La FA es en algunos casos modificable y relativamente fácil de rastrear.

También hay ahora una variedad creciente de tratamientos anticoagulantes que son eficaces.

Aunque esto aún no se llevó a una cantidad importante de personas que los empezarán a tomar con considerables efectos adversos.

Las guías NICE del Reino Unido este mes incluyen nuevos indicadores para ayudar a los médicos generales a mejorar la identificación y el tratamiento de la fibrilación auricular y, el próximo año, el rastreo se incluirá dentro de las 30 prácticas de rastreo rutinarias en el Reino Unido a cualquier persona mayor de 65 años (2).

Las nuevas guías europeas de 2016 sobre la prevención de la enfermedad CV en la práctica clínica ya recomiendan que todos los mayores de 65 años y cualquier persona con DBT sea rastreado para FA mediante palpación de pulso y ECG si es necesario. ¡Esperaremos las recomendaciones de las Fuerzas de Tareas!

(1) [http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736\(16\)30968-0/fulltext](http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736(16)30968-0/fulltext)

(2) <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=QS>

## **A mayor edad, peor es el hospital.**

**Publicado el 27 de agosto**

Aún cuando se recuperen de la enfermedad original que los llevó a internarse en el hospital, muchos pacientes de edad avanzada se deterioran mental o físicamente.

Un tercio de los pacientes mayores de 70 años y más de la mitad de los pacientes mayores de 85 años se retira del hospital más discapacitado que cuando llegaron. (1)

Al externarse, muchas personas mayores no son capaces de cuidar de sí mismos después del alta, y necesitan ayuda con las actividades diarias como bañarse, vestirse o incluso pararse.

Varias son las causas que pueden causar daños duraderos en los mayores:

Mala alimentación

Permanecen en cama mucho tiempo.

Inadecuado control del dolor.

Restricción de movimientos por inmovilización: Vías, oxígeno, monitores.

Procedimientos innecesarios y redundantes.

Medicamentos potencialmente dañinos.

Cuidadores que les privan de sueño por su inclusión

Salas ruidosas.

Control de signos vitales en todas las horas de la noche.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1104539>



## Recomendaciones sobre actividad física en adultos.

Publicado el 4 de septiembre

### ¿Cuánta actividad física hay que hacer por semana?



Adultos de 19 a 64

**150 minutos**  
de moderada intensidad  
en lapsos de 10' o mas  
cada semana

Se puede llegar con 75 minutos de intensa actividad en la semana o un mix de moderada a intensa actividad.

Todos los adultos deberían realizar actividades que comprometan fuerza muscular.

- Ejercicios con sobrecarga
- yoga
- Cargar objetos pesados

Por lo menos 2 días a la semana

Minimizar la cantidad de tiempo sentado.

## **A medida que envejezco me siento menos. Eso ya no es para mí... Léelo!**

**Publicado el 5 de septiembre**

El ejercicio físico puede llegar a ser más difícil con el envejecimiento. Sin embargo, es importante para las personas mayores que todavía mantengan y mejoren la actividad física lo suficiente como para mantenerse saludables después de jubilarse.

El papel de la actividad física en la prevención de la enfermedad cardiovascular en personas adultas está bien establecido, sin embargo, se sabe relativamente poco sobre el efecto de la actividad física regular y el riesgo de enfermedades cardiovasculares en personas de edad avanzada.

Un estudio (1) de 12 años de seguimiento evaluó la asociación entre la actividad física en el tiempo de ocio y el riesgo de las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad, en 2456 hombres y mujeres de 65 a 74 años que se inscribieron en el Estudio Nacional Finlandés (FINRISK) entre 1997 y 2007 en casi 2.500 adultos de entre 65 y 74 años

Se encontró que la actividad física moderada reduce el riesgo de un evento cardiovascular agudo en más de un 30%.

Los altos niveles de actividad física condujeron a una mayor reducción de riesgo.

La recolección de datos incluyó cuestionarios auto administrados sobre actividad física y otros comportamientos relacionados con la salud: mediciones clínicas (presión arterial, peso y talla), y mediciones de colesterol.

Los participantes fueron seguidos hasta el final de 2013. Las muertes se registraron a partir del Registro Nacional y los eventos de enfermedad coronaria y ACV, se recogieron de los registros de alta hospitalaria.

Los investigadores clasificaron a la actividad física auto-reportada como:

Baja: Leer, ver televisión o trabajar en el hogar sin mucha actividad física.

Moderada: caminar, bicicleta o practicar otras formas de ejercicio ligero (pesca, huerta, caza) al menos cuatro horas por semana.

Alta: deportes recreativos (por ejemplo, correr, trotar, esquí, gimnasia, natación, juegos de pelota o jardinería pesada) o entrenamiento intenso o competiciones deportivas al menos tres horas a la semana.

Durante una mediana de seguimiento de 11,8 años,

197 participantes murieron a causa de enfermedades CV y 416 tuvieron un primer episodio de Enf cerebro o cardiovascular.

Cuando los investigadores evaluaron la relación entre la actividad física y estos resultados tras ajustar por otros factores de riesgo cardiovascular (HTA, tabaquismo y colesterol) y los factores sociales (estado civil y educación) se encontró que:

Actividad física moderada y alta

» Disminuye el riesgo de un evento vascular mayor (coronario o cerebral entre un 31% y un 45%

» Disminuye el riesgo de muerte CV entre un 54% y un 66%.

Conclusión

Los adultos mayores que son físicamente activos tienen un menor riesgo de enfermedad coronaria, ACV y muerte por enfermedad cardiovascular.

El efecto protector de la actividad física es dependiente de la frecuencia: Cuanto más actividad hace, mejor. Lo protegerá, incluso si tiene otros factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares como el colesterol alto.

(1) European Society of Cardiology. "Moderate physical activity linked with 50 percent reduction in cardiovascular death in over-65s: The cardiovascular risks of modern life." ScienceDaily. ScienceDaily, 27 August 2016.

## Déficit de memoria: Mitos y Verdades

Publicado el 29 de junio

### 1. Fumar es malo para la memoria Verdadero

Fumar disminuye la circulación cerebral y puede hacer cambios a largo plazo en la memoria. Un estudio realizado en 2015 en las universidades de Edimburgo y McGill encontró que los fumadores tienen una corteza cerebral más delgada (la capa del cerebro responsable de la memoria y el lenguaje).

### 2. La memoria se va perdiendo poco a poco. Falso

La mayoría de la gente cree que se olvida de las cosas poco a poco (ciertos detalles), pero la investigación muestra que la mayoría de los olvidos se llevan a cabo inmediatamente después de un evento.

### 3. Aprender cosas nuevas es bueno para la memoria. Verdadero

Aprender cosas nuevas que nos sacan de la zona de confort mental y que nos resultan difíciles es bueno para la memoria. El aprendizaje de un idioma, un instrumento musical o tomar un nuevo pasatiempo son muy buenas actividades para la función cognitiva, pero para obtener un real beneficio se debe persistir y perfeccionarse cada vez más.

### 4. Utilizamos solamente el 10% de nuestro cerebro. Falso

Utilizamos casi todas las partes del cerebro a lo largo del día. La investigación aún tiene que encontrar una región del cerebro que no sirve a un propósito.

## ¡Algo más!

#### Demasiado alcohol es malo para la memoria.

No es sólo en la "mañana después", el alcohol tiene un impacto a largo plazo en la memoria. Interfiere con el flujo sanguíneo cerebral, y el consumo excesivo de alcohol puede dañar las neuronas de funciones cognitivas.

#### La falta de sueño es malo para la memoria.

El sueño provoca cambios que establece recuerdos y vincula nuevos recuerdos con antiguos. Un estudio realizado en Harvard llegó a la conclusión de que dormir un "promedio" de 7 horas/día, puede ayudar a mantener la memoria en la edad avanzada.

#### El ejercicio es bueno para la memoria.

El ejercicio aeróbico aumenta el flujo sanguíneo y ayuda a establecer nuevas sinapsis, los componentes básicos de la actividad cerebral. Además aumenta el área en el cerebro dedicada al aprendizaje y la memoria verbal.

## ¿Qué aconsejar a los cuidadores de un paciente con deterioro cognitivo?

Publicado entre el 13 y el 14 de julio

<b>Conducta</b>	<b>Respuestas</b>
<b>Agitación</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Irritabilidad, inquietud, ansiedad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tranquilizar y alentar a la persona que guarde un tono tranquilo.</li><li>• Use frases cortas y simples.</li><li>• Evite hacer demasiadas preguntas.</li><li>• Utilice un método no verbal para calmar, como el tacto.</li><li>• Proporcionar otra actividad, o algo para celebrar, para distraer al paciente.</li><li>• Trate suave, música relajante, leer o paseos.</li></ul>
<b>Agresión</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• verbal o física explosiones (por ej, gritos, golpes).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tranquilizar y apoyar a la persona hablándole en un tono tranquilo.</li><li>• Usar frases cortas y simples.</li><li>• Evitar hacer demasiadas preguntas.</li><li>• Utilizar un método no verbal para calmar, como el tacto.</li><li>• Proporcionar otra actividad, o algo p/celebrar, para distraer al paciente.</li></ul>
<b>Trastornos del sueño.</b> Patrones <ul style="list-style-type: none"><li>• Levantarse frec en la noche; incapacidad para iniciar el sueño.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar las actividades diurnas, especialmente el ejercicio físico.</li><li>• Desalentar la inactividad y las siestas durante el día.</li><li>• Exponer al paciente a la luz solar para ayudar a restablecer al cuerpo al ciclo día y noche.</li><li>• Realizar una comida liviana antes de acostarse, evitando demasiados líquidos.</li><li>• Utilizar una luz de noche para reducir la agitación de despertar desorientado.</li><li>• Considerar la posibilidad de medicación.</li></ul>
<b>Alucinaciones</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Experimentar cosas que los demás no ven, oyen o sienten.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Validar el miedo del paciente diciendo: "Esto debe ser muy aterrador para Usted".</li><li>• Utilizar el contacto físico con carácter de reaseguro.</li><li>• No juzga ni regañar - esto es real para el paciente.</li><li>• Aumentar la iluminación para reducir las sombras.</li><li>• Distraer con música, hacer ejercicio, jugar a las cartas o fotos.</li><li>• Revisar los medicamentos, la audición y programar pruebas visuales,</li></ul>

Conducta	Respuestas
<p><b>Incontinencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es bastante frecuente en la demencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una rutina para usar el baño cada dos horas.</li> <li>• Evitar los diuréticos como el café, té, refrescos de cola, o alcohol.</li> <li>• Uso almohadillas de incontinencia o productos similares.</li> <li>• Uso fácil de quitar la ropa con elástico en la cintura o velcro.</li> <li>• Tenga cuidado con el lenguaje corporal que puede indicar una vejiga llena.</li> <li>• Sea comprensivo y tranquilizador para minimizar la vergüenza.</li> <li>• Usar señales, palabras o imágenes de la puerta del baño.</li> </ul>
<p><b>Repetición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repite palabras y/o acciones a lo largo otra vez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el comportamiento no te molesta, no hacer nada.</li> <li>• Tratá de cambiar de tema, vaya a dar un paseo, etc.</li> <li>• Para las acciones repetitivas, como tocar o apretar las manos, distraer el paciente con actividades sencillas, por ej. doblar la ropa, quitar el polvo.</li> <li>• Ofrecer algo en que ocupar las manos (por ej, muñeca, pelota blanda).</li> <li>• Hablar con calma y responder a la pregunta como la primera vez.</li> </ul>
<p><b>Comportamientos sexuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• desnudarse-exponerse</li> <li>• Masturbación.</li> <li>• Lenguaje físico o verbal hacia los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la calma y no juzgar o regañar.</li> <li>• Proporcionar intimidad.</li> <li>• Colocar una almohada o una manta sobre las piernas del paciente como una barrera entre las manos y los genitales del paciente.</li> <li>• Distraer con actividades que sugieren confort (por ej abrazar un animal doméstico o un animal de peluche, mirando fotos de la familia).</li> <li>• Ofrecer algo para abrazar por la noche (por ejemplo, una almohada, un animal de peluche, una bolsa de agua caliente envuelta en una toalla).</li> <li>• Evitar las acciones que puedan ser malentendidas (por ejemplo, acariciar la rodilla del paciente).</li> </ul>

## **La demencia pasó a las enfermedades CV.**

**Publicado el 30 de noviembre**

En algunos países, por primera vez, la demencia ha sobrepasado a las enfermedades cardíacas como la principal causa de muerte (cifras de Inglaterra).

La población mundial va hacia un envejecimiento, mejor reconocimiento, mejores posibilidades diagnósticas y también éxitos en el tratamiento y la prevención de otras enfermedades.

Estas cifras también significan que un buen número de personas viven con demencia. Se estima un aumento esperado a 131 millones para el 2050.

Lo que realmente se necesita es:

1. Crear programas nacionales de alto perfil eficaces para acelerar la investigación de tratamientos hasta ahora con poco éxito.

2. Desarrollar programas de capacitación de personal competente y compasivo en el cuidado de personas que viven con demencia.

La calidad de la atención domiciliaria para las personas con demencia suele ser deficitaria, intuitiva y de bajos recursos.

El resultado son personas malnutridas, deshidratadas, sin higiene y propensas a riesgos del propio existir: Caídas, contusiones, accidentes.

El mejor cuidado es generalmente financiado privadamente y fuera del alcance de la mayoría.

Aún países del primer mundo como Canadá o Alemania, no tienen una estrategia nacional de demencia.

## Problemas urogenitales

---



## Hematuria y cáncer de la vía urinaria

Publicado el 30 de Enero 2016

El Colegio Americano de Médicos ha emitido nuevas recomendaciones para la evaluación de la hematuria como un marcador para cáncer de las vías urinarias (1)

- En los adultos asintomáticos, NO se debe pedir una orina para detectar cáncer.
- La hematuria macroscópica debe incluir un examen clínico general y de laboratorio.
- Si aparece hematuria microscópica interrogá sobre antecedentes de hematuria visible.
- En los pacientes asintomáticos, si en una tira reactiva aparece hematuria se debe confirmar con análisis de orina. Se considera positivo si aparecen 3 o + GR/campo de alto poder.
- Todos los adultos con hematuria visible, incluso si la hematuria es autolimitada, deben ser interconsultados con el urólogo.
- Para los adultos con hematuria microscópica confirmada y con una causa benigna demostrable, se debe considerar cistoscopia y eco.
  
- La hematuria debe ser evaluada, incluso si los pacientes están tomando antiagregantes o anticoagulantes.
- La citología urinaria u otros marcadores moleculares basados en la orina para detectar el cáncer de vejiga NO deben ser ordenados en la evaluación inicial de pacientes con hematuria.

(1) <http://annals.org/article.aspx?articleid=2484287>

## **Infecciones del tracto urinario en hombres mayores**

**Publicado el 20 de Febrero 2016**

La prevalencia de la bacteriuria y la incidencia de infección del tracto urinario son sustancialmente más altas entre los hombres mayores que en los hombres más jóvenes.

La mayoría de los hombres mayores con infección del tracto urinario tienen anomalías urológicas subyacentes.

El tratamiento eficaz de la infección requiere la determinación de si el sitio de infección es el riñón, la vejiga o de próstata.

El manejo eficaz de los episodios sintomáticos requiere la selección de la terapia antimicrobiana sobre la base del cultivo de orina. (Estudio de los 4 vasos)

La prostatitis bacteriana crónica requiere un tratamiento ATB prolongado (30 días).

Los hombres con episodios recurrentes que no tienen anomalías urológicas que puedan ser corregidas o identificadas pueden requerir terapia supresora a largo plazo con ATB.

Estudio de los 4 vasos:

Vaso 1 Orina (primeros 10 ml)(contenido uretral)

Vaso 2 Orina (contenido vesical)

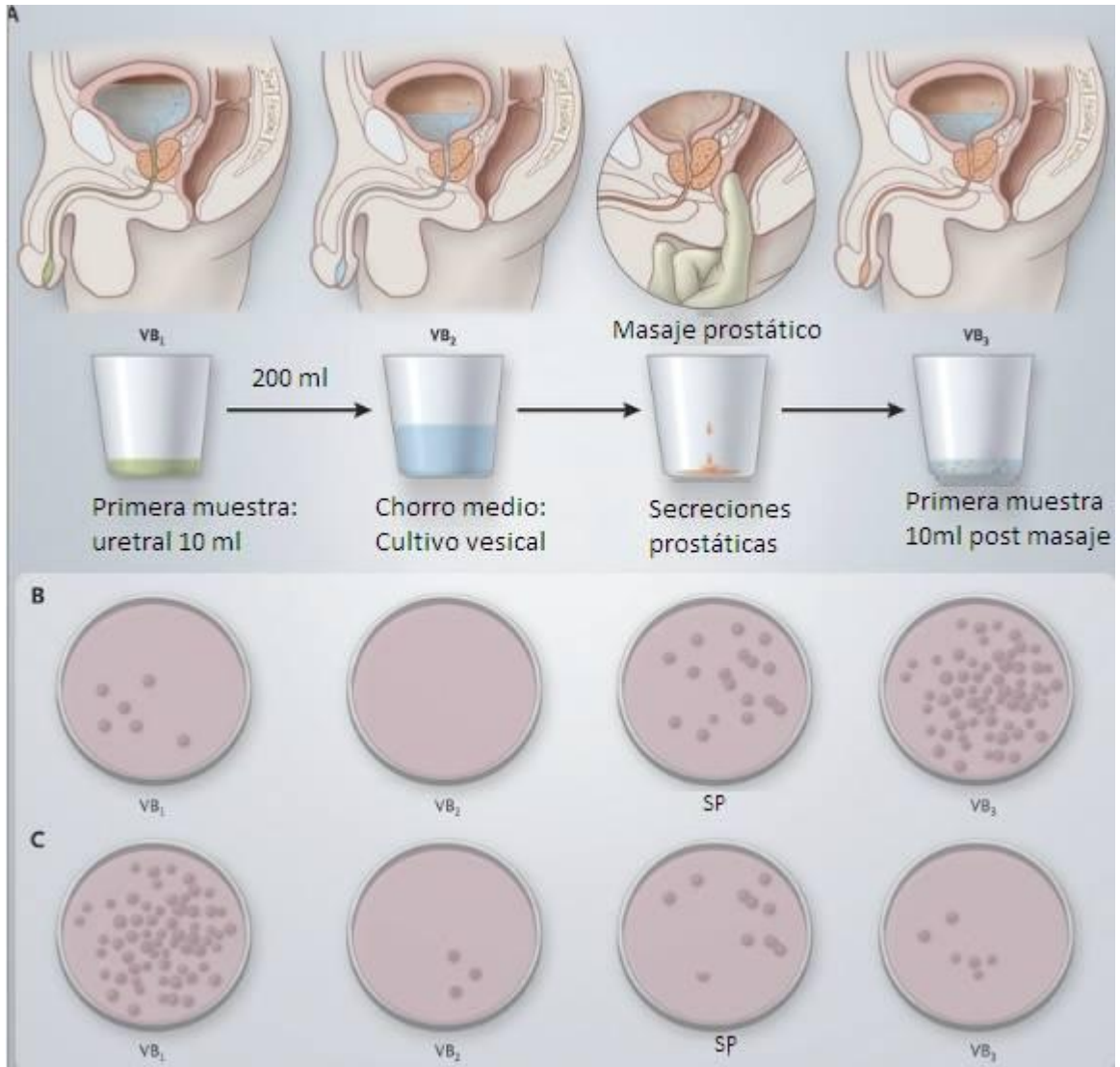
Vaso 3 Secreción prostática (obtenida por masaje)

Vaso 4 Orina post secreción prostática.

Si hay crecimiento bacteriano en las muestras que contienen la secreción prostática en un valor que sea al menos 10 veces mayor que el valor de orina es diagnóstico de prostatitis bacteriana crónica.

Si la prueba inicial para localizar la infección prostática es (-), habrá que repetir la prueba si la sospecha es alta (F (-)).

Tené en cuenta que la infección urinaria recurrente que se atribuye a la prostatitis bacteriana crónica puede tratarse de un nuevo organismo, lo que sugiere que se puede producir reinfección.



## ITU en hombres

Publicado el 9 de mayo

Pensá en: Prostatitis, epididimitis, orquitis, pielonefritis, cistitis, uretritis, y catéteres urinarios.

La disuria es el motivo de consulta más frecuente en hombres con ITU.

### Diagnóstico

**Prueba de laboratorio :** Sedimento Urinario (+): 2-5 Gl blancos o 15 bact/cpo en el sedimento de orina.

**Ecografía:** En pacientes con antec. de litiasis, DBT, poliquistosis renal, TBC.

### Manejo:

En general, todas las ITUs en hombres se consideran complicadas.

Se recomienda internación para los pacientes con:

1. Mal estado general.
2. Antec. de uropatía obstructiva o cálculos.
3. Incapaz de tolerar hidratación oral.
4. Tener condiciones comórbidas significativas.
5. Incapaz de cuidar de sí mismo en su casa

El tratamiento ATB para el paciente ambulatorio: Fluoroquinolonas, TMP-SMX, , minociclina, o nitrofurantoina por 10-14 días

Tené en cuenta que la prevalencia de uropatógenos resistentes a la TMP-SMX, nitrofurantoína, y cefalosporinas de primera generación ha seguido aumentando.

La resistencia global al SMX es de aproximadamente 25% (rango, 10-45%), y la resistencia a la nitrofurantoína es ligeramente superior. Aunque los estudios han indicado que la resistencia a las fluoroquinolonas ha sido aceptablemente baja, los datos más recientes sugieren > resistencia de la publicada.

A pesar de estas preocupaciones, las fluoroquinolonas siguen siendo la terapia farmacológica inicial preferida.

Antipiréticos

Analgésicos urinarios: Fenazopiridina.

## Interpretación del episodio según recuento de colonias, síntomas y sedimento urinario.

Publicado el 24 de marzo

Recuento de colonias	Síntomas	Interpretación
UFC/ml		
$> 10^3$	+	ITU
$10^5$	No	Bacteriuria asintomática*
$10^3 - 10^4$	No	Repetir estudio
$10^2 - 10^3$	No	Posible contaminación
$10^2$ con cateterismo intermitente	Si	ITU

\*Se requieren 2 muestras de urocultivo en mujeres, sólo 1 en hombres.  
Píocitos ningún valor.

## Disfunción sexual eréctil

Publicado entre el 9 y el 10 de junio

### Haciendo la historia clínica

Hacé una historia clínica completa del problema, incluyendo:

- ETS.
  - Preguntar si la dificultad eréctil es repentina o gradual:  
Si es repentina: Considerar cuestiones psicógenas.
  - ¿El deseo sexual es normal?
- Si hay bajo deseo puede ser por bajos niveles de testosterona.
- ¿Hay una causa médica? Si existe esa causa, preguntar si es reversible.

¿Qué efecto tiene en el hombre o su pareja?

¿Hay depresión actualmente?

- ¿Están presentes las erecciones nocturnas?

Estas ayudan a mantener la estructura integral del pene.

Realizar el cuestionario: Inventario de salud sexual (1)

### Examen físico

Examinar los genitales y la próstata si es necesario.

También examen cardiovascular y sistema neurológico.

Detectar si hay signos de hipogonadismo.

- Presión arterial
- Lípidos
- HbA1c
- Testosterona

Si pensás en deficiencia de testosterona: Medir prolactina y LH para excluir una causa pituitaria tales como prolactinoma

### Tratamiento

• Explicar cómo se puede mejorar la disfunción eréctil e involucrar a la pareja si ella no es consciente del problema.

- Sildenafil es la primera línea si no está contraindicado.
- Usarlo 8 veces en dosis máxima antes de considerar una alternativa.

Considerar la posibilidad de interacción con nitratos y contraindicaciones cardíacas, comprobar si hay otras interacciones medicamentosas, trastornos hepáticos, trastornos retinales hereditarios isquemia anterior no arterítica y neuropatía óptica.

Evaluación del tratamiento

Hay 3 cosas que evaluar:

- La respuesta eréctil
- Efectos secundarios
- Satisfacción con el tratamiento y de la pareja

Si la respuesta es positiva volver a evaluar a las 6 semanas continuando con el mismo tratamiento.

Si la respuesta no es efectiva evaluar:

- Uso apropiado de la medicación (por lo menos 8 intentos a una dosis máxima)?

- Considerar tratamiento diario.
- Repetir la prueba terapéutica

Interconsultar al urólogo si

- Se considera otro fármaco o una combinación.
- El tratamiento es con inyecciones intracavernosas (segunda línea) si es necesario.

(1) [http://www.sexhealthmatters.org/downloads/SHIM\\_Espanol.pdf](http://www.sexhealthmatters.org/downloads/SHIM_Espanol.pdf)

## **Vigilancia activa en los pacientes ya diagnosticados de Cáncer de próstata.**

**Publicado el 23 de junio**

A pesar de que los médicos de familia venimos batallando desde hace años por difundir lo contraproducente del rastreo del cáncer de próstata con PSA o tacto rectal en personas asintomáticas y de la férrea reacción de los especialistas (difusión de campañas para realizarlo y semanas de la próstata), ha surgido una interesante modalidad en los pacientes a los que se les detecta un cáncer de próstata tempranamente. Hace unos cinco años, casi todos optaban por la cirugía o la radiación. Ahora, casi la mitad está optando por no recibir tratamiento alguno. El enfoque se denomina vigilancia activa. Esto significa que sus cánceres son supervisados regularmente para asegurarse de que no crezcan. Se estima que un 10 a 15% de los pacientes con cáncer de próstata en etapa temprana están siendo seguidos con vigilancia activa hace varios años.

Ahora, nuevos datos nacionales de tres fuentes independientes encuentran que el 40 a 50 % de ellos están haciendo esa elección.

Curiosamente los urólogos en la práctica privada, siguen tratando a la mayoría de los hombres. Habría que preguntarse lo costoso e innecesario que es detectar algo para luego observarlo con lo que implica un rótulo para el paciente de "tener un cáncer" en seguimiento.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx...>



**¿En cuál de las siguientes condiciones esperas que se produzca un aumento SIGNIFICATIVO del antígeno prostático específico (PSA)?**

Publicado entre el 5 y el 6 de julio

- A. Después de un tacto rectal.
- B. Después de cateterismo por retención aguda.
- C. En el cólico renal.
- D. En la insuficiencia renal.
- E. En el cáncer de células transicionales de vejiga.

**Respuesta Correcta: B**

Explicación:

El PSA es específico de la próstata NO del cáncer de próstata.

El tacto rectal tiene un efecto mínimo sobre el PSA. En esas circunstancias el PSA puede elevarse 0.26-0.4 ng/ml. Incluso se puede pedir el PSA inmediatamente después del tacto.

La eyaculación misma puede aumentar el PSA 0,8 ng/ml.

La retención aguda puede aumentar significativamente el PSA y no debe medirse por 2 semanas después del sondaje.

En la hiperplasia prostática benigna (HPB) el 25% de los pacientes tienen PSA > 4,0 ng/ml y 8% tienen PSA > 10 ng/ml.

Ciertamente, un paciente puede tener ambos HPB y retención aguda.

El PSA no se eleva incluso en la fase terminal de la insuficiencia renal ni en el cáncer de vejiga.

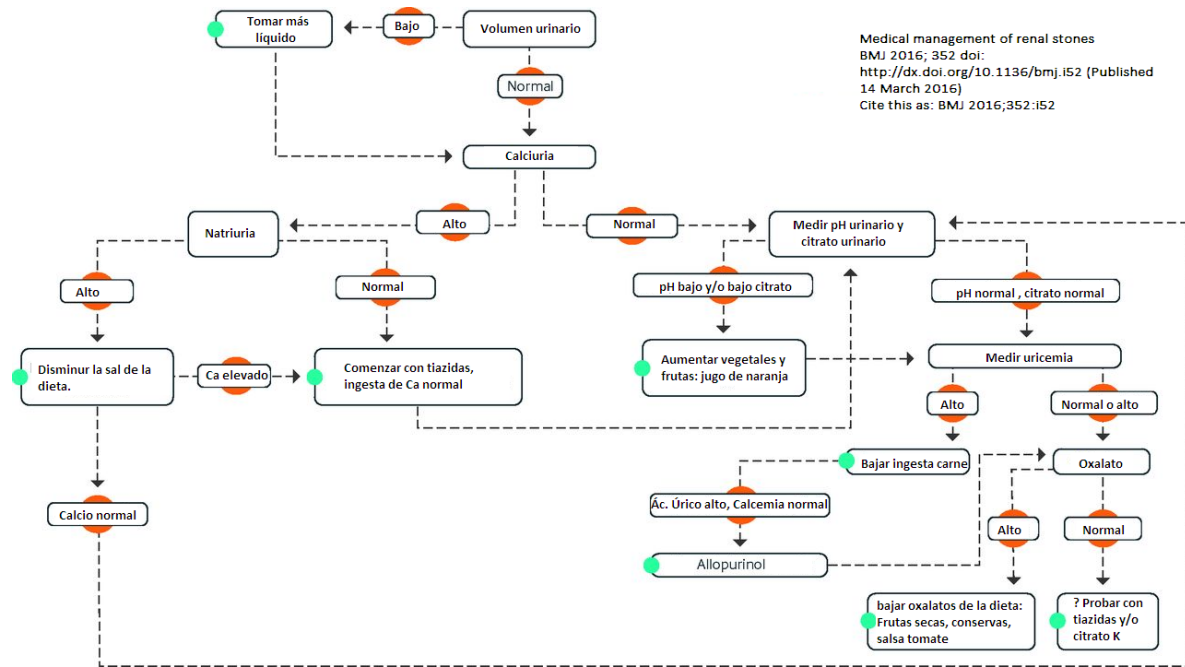
El PSA puede estar elevado en todas las etapas del cáncer de próstata.

Referencia:

Morton JJ, et al. Br J Urol. 1995; 75: 498-501.

# Manejo de litiasis renal. ¿Qué pedir? ¿Qué indicar?

Publicado el 27 de julio



Medical management of renal stones  
 BMJ 2016; 352 doi:  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i52> [Published  
 14 March 2016]  
 Cite this as: BMJ 2016;352:i52

## La creación de una enfermedad.

Publicado el 18 de octubre

¿Qué ocurriría si te llamo por teléfono y te pregunto si en el último mes has tenido alguna vez un muy fuerte deseo de orinar? Seguramente que sí, entonces, teóricamente, podrías ser rotulado como teniendo vejiga hiperactiva.

En 2001, una encuesta telefónica automática pagada por una compañía farmacéutica les preguntó a los adultos una simple pregunta: ¿Con qué frecuencia vas a orinar?

Los resultados produjeron un número sorprendente: Casi el 17% de los adultos en Estados Unidos (33 millones de personas) se declararon teniendo vejiga hiperactiva.

Así nació un nuevo mercado masivo para la venta de drogas.

Las compañías farmacéuticas no tardaron en patrocinar conferencias para que los médicos las indiquen.

Los expertos dicen que este problema se maneja mejor sin medicamentos.

El Dr Tikkinen, un urólogo y epidemiólogo clínico de la Universidad de Helsinki sin compromisos con laboratorios, llevó a cabo su propio análisis en 2007 utilizando un cuestionario detallado enviado por correo a 6.000 personas en Finlandia. Encontró que la prevalencia fue cercana al 8%. Estos rótulos de enfermedad a personas sanas los expone a efectos secundarios de medicamentos.

La vejiga hiperactiva no es una condición que amenaza la vida, los medicamentos utilizados para tratarlas incluyeron más de 12.000 informes de efectos secundarios a la FDA desde 2013 (eso incluye cerca de 200 muertes y más de 700 internaciones).

Entre ellos:

Insuficiencia renal, delirios paranoides y dificultad para orinar (oxibutinina).

La FDA dijo que los beneficios de estos medicamentos superan sus riesgos cuando se usan según las instrucciones.

Es más fácil indicar medicamentos que explicar los tratamientos no farmacológicos.

Los medicamentos tienen un efecto moderadamente mejor que un placebo, pero no superan los tratamientos no farmacológicos (entrenamiento vesical, ejercicios de músculos pélvicos, pérdida de peso y control de ingesta).

En la actualidad hay más de una docena de medicamentos para la vejiga hiperactiva, que van desde el Botox a parches y comprimidos.

### Creación de una Enfermedad

Las compañías farmacéuticas desean que la condición sea reconocida por los pacientes y los médicos de atención primaria, para llegar a vender más y más.

Las nuevas definiciones bajan los umbrales ¿se tuvo que levantar una noche en el mes anterior? Y eso significa que más pacientes serán tratados con fármacos!

En 2009, un estudio financiado por Pfizer, elevó el porcentaje de personas con vejiga hiperactiva a casi el 19% de los adultos.

La idea básica es la venta de un medicamento para la venta una enfermedad. El mismo nombre "vejiga hiperactiva" se ha creado con la comercialización en mente.

Compará este nombre con "incontinencia", o el nombre formal de "inestabilidad del detrusor."

Las drogas se convirtieron en un elemento básico en anuncios en revistas y televisión.

**Recomendaciones diferentes**

La definición oficial de la vejiga hiperactiva dice que los pacientes deben tener "urgencia con o sin incontinencia de urgencia, por lo general con frecuencia y nocturia. "Es la sensación de tener que ir, con o sin fugas, y yendo con frecuencia durante el día y tener que levantarse varias veces por la noche".

La afección se diagnostica sólo por el reporte de los síntomas de un paciente.

Sin embargo, muchos expertos dicen que hay una gran diferencia entre tener incontinencia o pérdida de orina, y sólo tener las ganas de ir con frecuencia.

Hay muchos diagnósticos diferenciales (prostatismo, disfunción neurológica, prolapso, etc). Todos ellos pueden suceder con el envejecimiento.

**Los tratamientos conductuales.**

Ejercicios de los músculos del suelo pélvico y entrenamiento de la vejiga, Las guías dicen que los medicamentos se pueden utilizar en algunos casos, cuando el entrenamiento de la vejiga no tiene éxito.

Los estudios mostraron que muchos de los tratamientos NO se desempeñaron mucho mejor que un placebo, los ensayos clínicos tuvieron 3 meses de duración, otros estudios mostraron que los que tomaron el medicamento tenían 0,4 menos episodios de incontinencia por más de 24 horas en comparación con placebo.

## Paciente con cáncer / Paciente terminal

---

## El seguimiento oncológico... Para saber!

Publicado el 8 de Febrero 2016

Doc, ¿me transcribe estos análisis? El oncólogo me los pide todos los años. Por el antecedente de mi cáncer.

Habitualmente accedo a este pedido de controles anuales para prevenir una posible recaída.

¿Sirve esto?

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE UN CÁNCER SECUNDARIO, NO MEJORA EL PRONÓSTICO.

La mayoría de los cánceres en etapa 4 son incurables y la quimioterapia paliativa es la única opción para muchos pacientes.

Una gran cantidad de estudios sugieren que el seguimiento intensivo no es beneficioso (en realidad inútil) para muchos cánceres en adultos.

En un estudio aleatorizado de cáncer de ovario (1), no se observó beneficio en relación a sobrevida al hacer diagnóstico precoz de recidiva del cáncer por seguimiento con Ca125. De hecho, al hacer el diagnóstico de la recaída, en una fase asintomática, se produce un franco deterioro de la calidad de vida de los pacientes.

En cáncer de mama, un estudio italiano de seguimiento de pacientes asignados al azar a Mx o síntomas de seguimiento intensivo encontró que ni la sobrevida ni la calidad de vida fueron mejores con seguimiento intensivo del cáncer y, por tanto, se sugirió desalentar el uso rutinario de estas pruebas. (2)

Un meta-análisis Cochrane de cáncer de mama no encontró ningún beneficio para la vigilancia intensiva con el fin de detectar la recaída del cáncer en la etapa asintomática. Ese estudio encontró que el seguimiento por los médicos de familia es muy eficaz. (3)

Un estudio alemán de seguimiento de pacientes con cáncer de vejiga no encontró beneficio para la detección precoz de la recurrencia en una fase asintomática. (4)

En pacientes con cáncer de próstata tratados con radioterapia, el seguimiento con tacto rectal no pudo detectar beneficio en ausencia de aumento del PSA. (5)

En pacientes con cáncer de pulmón localmente avanzado, no se encontró que las TAC de seguimiento mejoren la sobrevida. (6)

Por el contrario, en cáncer de colon, un meta-análisis Cochrane encontró que el seguimiento intensivo se asocia con mejor sobrevida por todas las causas. Pero había poca información disponible acerca de los daños y los costos asociados con el seguimiento intensivo. (7)

### Bibliografía

1. Rustin GJ. Early vs delayed treatment of relapsed ovarian cancer. *Lancet*. 2010 Oct 2;376(9747):1155-63.
2. Liberati A. The GIVIO trial on the impact of follow-up care on survival and quality of life in breast cancer patients. *Ann Oncol*. 1995;6 Suppl 2:41-6.
3. Rojas MPMP. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, DOI: 10.1002/14651858.CD001768.pub2
4. Volkmer BG. Oncological followup after radical cystectomy cancer-is there any benefit? *J Urol*. 2009 Apr;181(4):1587-93.

5. Doneux A, The utility of digital rectal examination after radical radiotherapy for prostate cancer. CLIN ONCOLOGY, 2005; 17 (3). pp. 172-173.
6. Benamore R. Does intensive follow-up alter outcome in advanced lung cancer? J Thorac Oncol. 2007 Apr;2(4):273-81.
7. Jeffery M. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. Cochrane Systematic Reviews 2007 DOI:10.1002/14651858.CD002200.pub2

## **La edad y el cáncer.**

**Publicado el 29 de mayo**

Curar el cáncer es una meta muy noble pero difícil por la propia complejidad del problema: Existe una gran variedad de cánceres, por lo que también existen muchos genes diferentes y mecanismos bioquímicos, y cada paciente es diferente. Pero hay un componente más que para algunos investigadores (1) es la razón principal de la dificultad para encarar toda investigación: El cáncer está estrechamente vinculado con el propio proceso de envejecimiento.

De hecho, el cáncer y el envejecimiento son dos caras de la misma moneda.

El riesgo de contraer cáncer aumenta significativamente con la edad, especialmente después de los 50 años.

En consecuencia, cuanto más vivimos, más cáncer habrá, a pesar de los avances médicos, podemos estar muy seguros de que la incidencia del cáncer aumentará, no disminuirá, en las próximas décadas.

Ni siquiera lo nuevo de la inmunoterapia será para todo el mundo. Todas nuestras células, incluidas las que forman el sistema inmunológico, están sujetas al mismo proceso de envejecimiento. Somos colonias de células esencialmente temporales evolucionadas para transmitir la vida a la siguiente generación, y como humanos, siempre habrá otro tipo de cáncer.



## ¿Qué pasa con las personas que superan el cáncer y se curan?

Publicado el 29 de mayo

Incluso si se curan, viven con un aumento del riesgo de contraer nuevamente cáncer. En primer lugar, las células cancerosas pueden todavía “quedar” en el cuerpo. Y lo más probable es que estas personas tengan alguna predisposición genética o ambiental para el cáncer.

También la quimioterapia y la radioterapia realizada pueden promover el cáncer más adelante. Y lo más importante, todas las células son cada vez mayores y más propensas a mutar.

Cada vez que una persona se cura de cáncer, se produce una persona con una mayor probabilidad de contraer cáncer de nuevo.

(1) Dr Jarle Breivik

<http://www.med.uio.no/imb/english/people/aca/jbreivik/...>

## **Una buena muerte es una prioridad médica**

**Publicado el 4 de mayo**

La mayoría de nosotros (los médicos) querríamos morir en nuestra casa con nuestros afectos cerca y la comodidad de nuestro lugar conocido. Pero pocos de nosotros vamos a tener esa suerte. Fallecer en el hogar normaliza la muerte como el cambio natural que no hay que temer, sino aceptar.

Los médicos tenemos la llave para facilitar esto.

Somos profesionales de la salud que tenemos la oportunidad y la experiencia para decirle a los pacientes la verdad cuando están muriendo y hacer mucho más para coordinar la acción con equipos de cuidados de pacientes terminales y paliativos.

Por desgracia, la forma más fácil es llevarlo al hospital, iniciando una reacción en cadena que niega a los pacientes la oportunidad de morir en su casa.

## Problemas respiratorios y ORL

---

## **Rastreo de Apneas obstructivas del Sueño (AOS)**

### **USPSTF: Recomendación I**

**Publicado el 22 de junio**

Esta recomendación NO se aplica a adultos con síntomas o con una condición aguda que podría desencadenar la aparición de AOS (como un ACV). Asimismo, no se aplica a niños, adolescentes o mujeres embarazadas.

\* La prevalencia de la apnea obstructiva del sueño (AOS) varía debido a las diferentes definiciones de la condición, sesgo de muestreo y año de publicación de los estudios.

Una revisión de 2013 sistemática informó una prevalencia estimada del 2 al 14% ciento basado en 4 estudios comunitarios.

Es más común en hombres que en mujeres

Aumenta con la edad a través de la 6ta y 7ma década para luego estancarse.

Después de la menopausia la diferencia entre hombres y mujeres disminuye.

Además, los estudios de observación encontraron que la prevalencia de la AOS aumenta progresivamente a medida que el IMC aumenta, tanto en hombres como en mujeres. Un aumento del 10% en peso se asoció con un aumento de seis veces en el riesgo de AOS durante 4 años de visitas de seguimiento.

#### **\* Los síntomas de la AOS incluyen:**

Somnolencia diurna, fatiga, insomnio y problemas relacionados a la falta de sueño: cambios de memoria, concentración y estados de ánimo. También se ha asociado a enfermedad. cv y un mayor riesgo de muerte.

Precisión de las pruebas. Este es un punto débil!

La USPSTF examinó dos herramientas diagnósticas:

a. El Cuestionario de Berlín: Sens 37%, Esp 84%

b. Herramienta multivariable de predicción de Apneas (NAVM). Sens 90% Esp 64%

#### **Tratamiento**

Los pacientes que son capaces de tolerar el CPAP tienen resultados favorables en el estado de alerta, reducen la fatiga durante el día y los patrones de sueño mejoran, con un efecto más modesto en el control de la TA. Sin embargo, incluso con los avances en las máscaras de CPAP, algunos pacientes no pueden tolerar su uso a largo plazo.

También existe una falta de evidencia clara sobre los beneficios a largo plazo del tratamiento de la AOS tanto en pacientes sintomáticos como asintomáticos.

<http://www.aafp.org/.../health-of-th.../20160620sleepapnea.html...>

## ¿El CPAP está sobredimensionado?

Publicado el 8 de septiembre

Mucho se habla del CPAP (presión de aire positiva continua) como tratamiento para la apnea obstructiva del sueño y en los últimos años se ha gastado mucho dinero en promoverlos pero el punto es ¿cuán efectivo es el método?

Las apneas del sueño provocan hipoxemia episódica y activación nocturna del sistema nervioso simpático, eleva la TA y los marcadores de estrés oxidativo, provoca inflamación y las oscilaciones de la presión intratorácica negativa llevan a un estado de hipercoagulación.

Estudios de cohortes han mostrado una asociación entre la apnea obstructiva del sueño y los eventos cardiovasculares, en particular ACV isquémicos.

Algunos ensayos controlados aleatorios han demostrado que el tratamiento con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) reduce la TA sistólica en 2-3 mm Hg en pacientes normotensos con apneas obstructivas del sueño y 6-7 mm Hg en pacientes con hipertensión resistente, mejora la función endotelial, y aumenta la sensibilidad a la insulina

La pregunta del millón es si estos beneficios alcanzan para impedir eventos CV.

Un estudio publicado actualmente da una respuesta (1). Es un ensayo de prevención secundaria diseñado para evaluar la eficacia del CPAP en la reducción de la tasa de eventos cardiovasculares en pacientes con apnea obstructiva del sueño.

La mayoría de los participantes fueron hombres que tenían moderada a severa apnea obstructiva del sueño y somnolencia mínima.

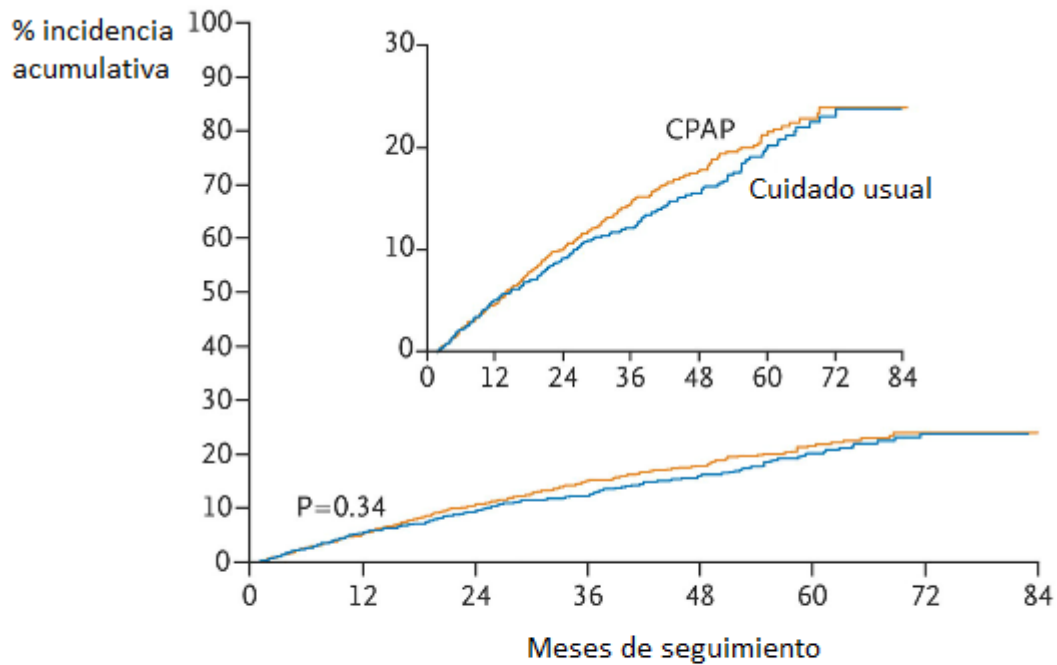
En el grupo CPAP, la duración de la adherencia al CPAP fue de 3,3 horas/noche, y el índice de apneas-hipopneas del sueño disminuyó.

El seguimiento promedio fue 3,7 años. Se midió como punto final primario una combinación de muerte por causas CV: IAM, ACV, u hospitalización por insuficiencia cardíaca, angina inestable o AIT)

Como se vé en los gráficos, NO se observó ningún efecto significativo sobre cualquier punto final CV.

Está claro que los pacientes, después de un período de aprendi-zaje mejoran el dormir, reducen significativamente el ronquido y la somnolencia diurna y mejoran la calidad relacionada con la salud y el estado de ánimo. También es cierto que después de unos años tienden a dejar el CPAP.

[http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1606599?query=featured\\_home](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1606599?query=featured_home)



**Personas en riesgo**

CPAP	1346	1222	1118	754	482	278	146	146
Cuidado usual	1341	1211	1108	727	499	290	103	103

## Tengo un zumbido...

Publicado el 9 de septiembre

El tinnitus es la percepción del sonido por el paciente, en ausencia de una fuente externa de sonido.

Los pacientes pueden describir silbidos, zumbidos, en uno o ambos oídos o en la cabeza. Es más común en las personas con pérdida auditiva.

Otros factores de riesgo incluyen: Envejecimiento, exposición significativa a ruido y presencia de cera en el oído, infecciones y afecciones como: schwannoma vestibular u otosclerosis.

Para la mayoría de la gente el tinnitus es leve y autolimitado, pero puede generar ansiedad, depresión, dificultades de concentración, alteraciones del sueño y pérdida de la audición, y puede tener un impacto significativo en la calidad de vida.

Casi 1 de cada 200 personas tienen síntomas que consideran muy importantes.

Evaluación y derivación de un paciente con tinnitus:

Al interrogatorio preguntar acerca de:

- Características del tinnitus (por ej, uni o bilateral, pulsátil, etc.)
- Su impacto sobre el sueño y otras actividades
- Síntomas audio-vestibulares asociados (por ej.: vértigo, sordera, hiperacusia, etc.).
- Condiciones psicológicas o psiquiátricas asociadas (por ej.: ansiedad, depresión).
- Historia de exposición al ruido.
- Consumo de drogas (por ej. aminoglucósidos, AINEs, diuréticos).
- Nivel de estrés o ansiedad.

Al examen físico

Examinar los oídos (en busca de tapones de cera, infecciones, secreciones) y los nervios craneales (ver condiciones neurológicas subyacentes).

En los pacientes con tinnitus pulsátil: Auscultar arterias de cabeza, cuello e incluso orejas para excluir un soplo.

La mayoría de los pacientes con tinnitus (especialmente si es bilateral y no problemático) deben recibir consejo y reaseguro e insistir sobre tratar de “no hacerle caso” y “desviar la atención”. Sin embargo, es importante pensar en otras patologías en pacientes con síntomas angustiantes o con sospecha de una enfermedad subyacente (por ej. schwannoma vestibular u otosclerosis).

¿Qué medicamentos están disponibles para tratar el tinnitus?

No hay medicamentos muy eficaces para este cuadro (excepto cuando es causado por una enfermedad subyacente, como la enf de Ménière o laberintitis).

Sin embargo, algunos medicamentos pueden tener efectos positivos y podrían considerarse en ciertos pacientes después de discutir los riesgos y beneficios.

Anticonvulsivantes

Una revisión Cochrane que comparó los fármacos utilizados en la epilepsia con placebo encontró que los mismos mostraron un pequeño beneficio en un meta-análisis por "cualquier efecto positivo"

Los autores sugieren que esto puede ser debido a una reducción en la hiperactividad auditiva central. Sin embargo, no hubo beneficio en cuanto a erradicación total del tinnitus.

Antidepresivos

Pueden beneficiar a pacientes con tinnitus directamente actuando sobre la vía auditiva central y/o indirectamente por el tratamiento antidepresivo.

Una revisión Cochrane de tricíclicos, IRSS y otros antidepresivos (por ej. trazodona), encontró una ligera mejoría en el tinnitus, pero la calidad de los ensayos fue baja.

En un posterior ensayo controlado aleatorio, la sertralina mejoró los resultados del bienestar psicológico, en comparación con placebo.

#### Acamprosato

Dos pequeños ensayos clínicos aleatorizados (ECA) (n= 40 y n =41) mejoró los síntomas de tinnitus con el acamprosato (un antagonista del GABA que se usa en la abstinencia del alcohol). El mecanismo de acción propuesto es a través de la reducción de la transmisión excitatoria y aumentar la actividad inhibitoria en la vía auditiva. Sin embargo, la relevancia clínica de estos resultados no fue clara.

#### Ansiolíticos

Los ansiolíticos pueden beneficiar a los pacientes con tinnitus mediante la disminución de la ansiedad asociada y por medio de una acción inhibitoria del GABA en la vía auditiva.

Un ECA encontró que el clonazepam redujo significativamente la intensidad del tinnitus, pero algunos pacientes experimentaron efectos secundarios (tales como somnolencia, náuseas y disfunción sexual).

La melatonina y el ginkgo biloba también se han propuesto como tratamientos para el tinnitus. En los ensayos que comparan la melatonina con placebo no hubo pruebas claras de beneficio global. Una revisión Cochrane de ginkgo biloba no encontró ninguna evidencia de beneficio. Por otra parte, se informó de efectos secundarios tales como malestar gastrointestinal leve junto con los efectos adversos más graves raros (tales como problemas de sangrado, la interacción con anticoagulantes y anticonvulsivantes).



## Sinusitis Aguda

Publicado el 11 de septiembre

### Sinusitis Aguda en adultos

- El diagnóstico de sinusitis bacteriana aguda comprende:  
Presencia de descarga nasal purulenta acompañada de obstrucción nasal, dolor facial, sensación de presión o pesadez o ambos que persiste por 10 días o más sin mejoría o que empeora dentro de los 10 días después de una mejoría inicial.
- Los AINEs, irrigación nasal con solución salina y glucocorticoides intranasal o descongestivos nasales pueden ser usados para aliviar los síntomas.
- Ensayos randomizados de gente con sinusitis agudas en tratamiento sin antibióticos vs tratamiento ATB de entrada han mostrado un beneficio clínico muy pequeño a favor de los ATB (el Número necesario a tratar (NNT) es de 7 a 18). Las dos opciones son válidas como manejo inicial.
- La opción observar y esperar es muy buena cuando sabés que el paciente volverá si los síntomas empeoran o no mejoran. Los ATB pueden comenzar a los 7 días post diagnóstico si clínicamente no mejora. Comúnmente, las opciones serían: Amoxicilina o amoxiclavulánico.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1601749>

## Sinusitis Crónica

Publicado el 12 de septiembre



### Sinusitis crónica



Existe escasa evidencia que los ATB sean efectivos en la rinosinusitis crónica. Un curso de 3 meses de ATB probablemente lleve a una modesta mejoría en pacientes sin pólipos. Este beneficio no es duradero

Los corticosteroides orales: Para las personas con RSC y pólipos nasales, dar corticoides v. oral es beneficioso. Reduce el tamaño de los pólipos y probablemente también la severidad de los síntomas vs placebo. Falta evidencia sobre: los efectos adversos, el tratamiento de personas sin pólipos y el beneficio de un curso corto de corticoides.



Revisión Cochrane: 5 estudios, 293 personas adultos y niños con y sin pólipos nasales .  
Se comparó ATB orales vs corticoides v.o.

[uk.cochrane.org](http://uk.cochrane.org) | [@CochraneUK](https://twitter.com/CochraneUK) | [#CochraneEvidence](https://www.facebook.com/CochraneEvidence) [#EEHealthChoices](https://www.instagram.com/EEHealthChoices) <http://bit.ly/1SMVp0o>

Antibiotics for  
chronic  
rhinosinusitis



## Tos crónica

Publicado el 29 de octubre

Acaba de aparecer una revisión sobre tos crónica.  
Aquí algunos tips a modo de sumario.

### Tos Crónica: > de 8 semanas

1

#### Historia y examen físico:

Considerá medicación: Enalapril

2

#### Banderas rojas:

Pérdida de peso  
Hemóptisis  
Posible aspiración de cuerpo extraño

3

Enfermedades concomitantes que pueden llevar a tos crónica:

Hacé foco en:

**Asma** (considerar espirometría)  
**Reflujo GE** (considerar VEDA)  
**Rinosinusitis** (goteo postnasal)

4

NEJM

Datos de evidencia limitada  
Hablan a favor de:

Derivados morfináceos  
Pregabalina  
Gabapentina  
Reeducación de la voz

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp1414215>

## Misceláneas

---

## Problema I

Publicado entre el 8 y 9 de Enero 2016

¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable en un hombre de 55 años que presenta en su mano derecha los siguientes síntomas y signos:

Fuerza de agarre disminuida, hipoestesia en el cuarto y quinto dedos de la mano, reflejo tricipital disminuído, y Tinel (-)?

- a. Afectación de C8.
- b. Síndrome del túnel carpiano.
- c. Neuropatía cubital.
- d. Plexopatía braquial.
- e. Infarto lacunar

Un paso clave en la evaluación de un paciente con problemas neurológicos es localizar el problema que se presenta. ¿Es en el SNC (cerebro y médula espinal) o el SNP (células del asta anterior, nervios periféricos, uniones neuromusculares, y músculos)?

Cuando los pacientes tienen debilidad, se puede distinguir si hay compromiso de la motoneurona superior o inferior por la presencia de mioclonías y evaluación de la función y la destreza, el tono, reflejos tendinosos, y otros signos.

Los síntomas y signos de este paciente (un patrón de debilidad distal, disminución o reflejos tendinosos profundos ausentes, y presencia de síntomas y signos sensoriales) sugieren una neuropatía motora periférica o inferior.

La pérdida sensorial en la zona medial de la mano acompañada por debilidad de agarre y un reflejo tricipital disminuido es indicativo de una radiculopatía C8.

Aunque el reflejo tricipital disminuído es también (incluso más comúnmente visto) en una radiculopatía de C7, la distribución debilidad y pérdida sensorial en este paciente es más consistente con una radiculopatía C8.

Los signos y síntomas de este paciente NO son consistentes con una neuropatía cubital aislada. La misma se caracterizan por un agarre normal así como también el reflejo tricipital normal.

La prueba de Tinel en el codo requiere la localización del nervio cubital en el surco entre el olécranon y el epicóndilo interno en el codo. Al palpar repetidamente el nervio cubital, causará una sensación de hormigueo en la distribución cubital del antebrazo y de la mano distal al punto de estímulo.

Una lesión del plexo braquial es poco probable que afecte solamente los músculos de C8. Los pacientes con tumores de Pancoast del plexo braquial a menudo también presentan síndrome de Horner, una tríada de ptosis, miosis y anhidrosis. Síndrome de Horner indica un problema del sistema nervioso simpático.

Lo habitual de la neuropatía del mediano es lo que ocurre con los pacientes con síndrome del túnel carpiano. Habitualmente se manifiesta como pérdida de la sensibilidad en los tres primeros dedos.

Aunque los pacientes con ACV pueden haber alterado los reflejos osteo tendinosos (aumentado, normal o disminuido), el compromiso aislado del reflejo tricipital junto con el patrón de debilidad y síntomas y signos sensoriales hablan más de un proceso periférico.

## Problema II

Publicado entre el 12 y el 13 de Febrero 2016

JC es un hombre de 76 años de edad con DBT 2 que te consulta para ver como va su DBT.

La misma se le diagnosticó hace 18 meses, con una glucemia de 200 mg/dl, y se le indicó metformina.

Luego de 12 meses se suspendió, cuando la hemoglobina A1c (HbA1c) fue de 6,4%.

Antec de HTA, esferocitosis hereditaria, y colecistectomía.

Está con aspirina, atorvastatina, y enal-hidroclorotiazida.

Su IMC es 38

TA 126/64 mm Hg y otros resultados de los exámenes clínicos fueron normales.

Aún tiene poliuria y polidipsia.

Sus registros hogareños con hemoglucos siempre están altos (mayor a 220 mg/dL) pero la Hgb A1c es 6.9 (vn 4-6)

Otros estudios:

Hgb 13,3

Reticulocitos 277.1 (vn 38.1-112.6)

Plaquetas 140.000 (vn 150.000-400.000)

Gbla 10.400

Glucemia ayunas 280 mg%

¿Cómo interpretar estos resultados?

- El valor HbA1c es más preciso que los valores de glucemia.
- El paciente no tiene DBT2.
- La DBT está controlada.
- La DBT2 del paciente está mal controlada.

RESPUESTA Opción D. La DBT2 está mal controlada.

En este paciente, la HgbA1c es un marcador poco fiable del control de la glucemia debido a que las condiciones que afectan el ciclo de vida de los glóbulos rojos (esferocitosis hereditaria) afectarán el resultado de HbA1c.

El paciente tiene DBT mal controlada, basada en los valores elevados de glucemia.

El oxígeno es transportado por la hgb en los glóbulos rojos, que tiene un ciclo de vida de aproximadamente 8 a 12 semanas. La HgbA1c se forma por la unión no enzimática de glucosa (glicación) a la hemoglobina y normalmente refleja la concentración de glucemia de los últimos 2 a 3 meses. La HgbA1c se utiliza en el diagnóstico y es una buena guía terapéutica.

El umbral de diagnóstico en DBT de HbA1c es de 6,5% basdo en el estudio DETECT-2 (1), que combina los datos de 12 estudios realizados en 9 países, 47.364 participantes, y encontró una sensibilidad y esp del 86% para el nivel de HbA1c de 6,3% en la detección de la retinopatía DBT.

El objetivo del tratamiento de la diabetes es mantener un nivel de HbA1c inferior al 7% para minimizar las complicaciones causadas por la hiperglucemia crónica

Hay varios factores que pueden alterar el valor de HbA1c incluyendo variabilidad en la duración de la vida de los eritrocitos.

Cuando se aumenta la duración de la vida media de los eritrocitos (por ej, esplenectomía), la HbA1c aumenta debido a un aumento del tiempo de exposición para la glucosilación. Por el contrario, cuando se disminuye el tiempo de vida de los GR (por ej, anemia hemolítica), la HbA1c se reduce debido a la reducción del tiempo de exposición.

Del mismo modo, las condiciones que disminuyen la eritropoyesis (por ej, anemia por deficiencia de hierro) aumentan la vida media de los GR lo que aumenta el nivel de HgbA1c. La enfermedad renal crónica grave puede aumentar la glicación a través de la peroxidación de lípidos de la hemoglobina y mediante la ampliación de la vida útil de GR debido a la disminución de los niveles de eritropoyetina, causando falsa elevación de hipertrigliceridemia y el alcoholismo crónico puede interferir dando resultados inexactos en la HbA1c.

(1) [https://www.idf.org/.../de.../files/attachments/article\\_4\\_es.pdf](https://www.idf.org/.../de.../files/attachments/article_4_es.pdf)



### Problema III

Publicado entre el 15 y el 16 de Febrero 2016

¿Pensaste en clostridium? ¿Cuándo se cura?

FR es una mujer de 75 años que consulta por un cuadro de diarrea aguda. Estuvo en tratamiento recientemente con amoxicilina por una enfermedad del tracto respiratorio superior.

No tiene antecedentes de enfermedades diarreicas.

La prueba de Clostridium difficile por glutámico deshidrogenasa (GDH) fue positiva.

La paciente fue tratada con metronidazol 500 mg 3/día x 10 días con resolución de su diarrea (y ahora está teniendo heces formadas regulares).

A las 2 semanas después del tratamiento te consulta para repetir la prueba GDH y documentar la erradicación de la infección por C. difficile.

- a. Es correcto. Hay que comprobar la erradicación del germen.
- b. Es incorrecto. Basta con el seguimiento clínico.

#### RESPUESTA: B

Aproximadamente la mitad de los pacientes que responden al tratamiento continúan eliminando esporas de C difficile hasta 6 semanas. Después de un tratamiento exitoso, los estudios de materia fecal a menudo SEGUIRÁN SIENDO POSITIVOS para C. difficile DURANTE MESES, lo que indica la colonización continua sin enfermedad clínica.

La demostración de positividad repetida en materia fecal en forma repetida en pacientes con resolución de la diarrea después del tratamiento para C. difficile NO diagnostica infección recurrente y No se recomienda.

Los pacientes que están con C. difficile positivo y que NO responden al tratamiento con MTNDZ deben realizarse una videocolonoscopia para ver la posibilidad de hallazgos histológicos de colitis pseudomembranosa relacionada con C. difficile.

En esta paciente hay que seguir la evolución de los síntomas y nada más.

## Problema IV

Publicado entre el 6 y 7 de marzo

Al tercer día del nacimiento, un niño nacido a término desarrolló una erupción pustulosa sobre la cara y el tronco que progresó a un patrón de lesiones de "picaduras" en las extremidades.

La tinción de Wright mostró eosinófilos, frotis de Tzanck, cultivos bacterianos y fúngicos fueron negativos, y el recuento de leucocitos y ESD fueron normales.

¿Qué harías después?

- A. Tratar con antibióticos de amplio espectro.
- B. Tratar con esteroides tópicos.
- C. Tranquilizar a los padres y conducta expectante.
- D. Biopsia de la piel de las pústulas.



RESPUESTA CORRECTA: C

El ERITEMA TÓXICO es una erupción benigna autolimitada que se presenta principalmente en los recién nacidos sanos en el período neonatal precoz. Se caracteriza por eritema macular, pápulas, vesículas y pústulas, y se resuelve sin secuelas permanentes.

## **Los médicos ante la queja de cansancio de los pacientes**

**Publicado el 13 de Enero 2016**

Entrevista a la Dra Paula Carrete del Servicio de Medicina Familiar y comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires.

[http://radiocut.fm/.../entrevista-dra-carrete-con-leticia-f.../...](http://radiocut.fm/.../entrevista-dra-carrete-con-leticia-f.../)

## ¿Pensaste en TBC?

Publicado el 9 de Febrero 2016

Los **ancianos frágiles** lo sufren cada vez con más frecuencia.

Tuberculosis en Argentina

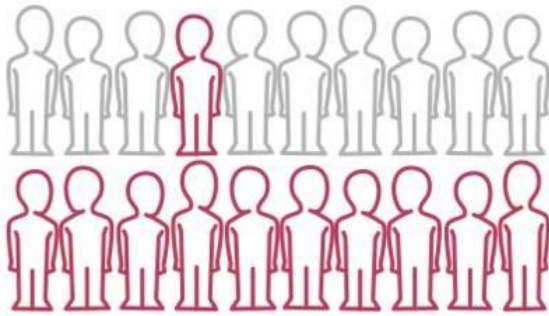
La tasa nacional se ubica en 21,3 casos nuevos por c/100 mil habitantes.

Mortalidad: 1.6 muertes por c/100 mil habitantes.

La tasa de finalización del tratamiento es del 80%.

En niños la tasa de notificación en Argentina es de 9,9 c/100 mil habitantes.

Mortalidad: 1,6 muertes por cada 100.000 habitantes (datos de 2012).



**1** persona con TBC puede infectar a 10-15 personas en 1 año.

## TBC latente: A quienes rastrear.

Publicado el 7 de septiembre

Recomendación de la Fuerza de Tareas Preventiva.

Rastreo de TBC latente	
<b>Grado</b>	<b>B</b>
<b>Población</b>	Pacientes que nacen o viven en regiones de alta prevalencia. Pacientes que viven o provienen de instituciones o lugares cerrados: cárceles, orfanatos. Pacientes de la calle.
<b>Estudio</b>	Mantoux (La Fuerza de Tareas también recomienda rastreo con interferón gamma pero no se hace aún en Argentina)



[http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2547762&utm\\_term=alsomay](http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2547762&utm_term=alsomay)

## ¿De qué manera las grasas saturadas afectan a nuestra salud?

### La historia de las verdades a medias

Publicado el 18 de abril

La historia comienza a finales de los '60 y principios de los '70, cuando investigadores en Minnesota incorporaban miles de pacientes con trastornos mentales institucionalizados para comparar los efectos de dos dietas. Un grupo de pacientes fue alimentado con una dieta destinada a reducir el colesterol en la sangre y reducir las enfermedades cardíacas. Dicha dieta contenía menos grasas saturadas y menos colesterol y más aceites vegetales. El otro grupo fue alimentado con una dieta más típica estadounidense.

Como uno esperaba, la dieta especial redujo el colesterol en sangre en los pacientes, pero no tenía ningún efecto sobre las enfermedades cardíacas, aunque sobre este punto los investigadores dijeron que sospechaban que cierto beneficio hubiera aparecido si el experimento habría durado más años.

Se describió como: "una tendencia favorable".

Hoy en día, los principios de esa dieta especial - menos grasa saturada, más aceites vegetales - están incluidos en las Guías Alimentarias de casi todo el mundo, y se han repetido hasta el cansancio. Sin embargo, al realizar un seguimiento más profundo, los pacientes que bajaron el colesterol, presumiblemente debido a la dieta especial, en realidad sufrieron más muertes relacionadas con el corazón que aquellos que no lo hicieron.

La mayor tasa de mortalidad de los pacientes en la dieta especial fue más evidente en los pacientes mayores de 64 años.

Los nuevos investigadores, dirigidos por los investigadores de los Institutos Nacionales de Salud y la Universidad de Carolina del Norte, llegan a la conclusión de que la ausencia de los datos en los últimos 40 años más o menos puede haber dado lugar a una falta de comprensión de este problema dietético clave.

Al tener una cantidad de datos sin seguimiento adecuado hubo una sobreestimación de los beneficios y una subestimación de los riesgos potenciales de la dieta.

La nueva investigación podría agitar el debate sobre una de las cuestiones más controvertidas en toda la nutrición: ¿el consumo de grasas saturadas contribuye a la enfermedad cardíaca?

Las Guías Alimentarias siguen adoptando los principios defendidos por los investigadores de Minnesota desde hace cuarenta años: Limitar la ingesta de grasas saturadas y sustituirlas por lo menos en parte, con aceites. Pero la idea de que despreciar la grasa saturada, por sí misma, hace que la gente sea más saludable nunca ha sido plenamente probada, y en los últimos años repetidos ensayos clínicos y estudios observacionales a gran escala han producido evidencia de lo contrario.

No hay suficiente evidencia para sacar conclusiones firmes acerca de los efectos sobre la salud de los aceites vegetales.

## Hipotensión ortostática

Publicado el 25 de mayo

### Definiciones

1. Hipotensión ortostática inicial: Se define como una reducción de la TA sist > 40 mm Hg o TA diastólica > 20 mmHg dentro de los 15 segundos que el paciente se pone de pie y asociado con síntomas de hipoperfusión cerebral

Ocurre típicamente en personas jóvenes y delgadas (que necesitan sentarse antes de levantarse de la cama) y los que toman  $\alpha$ -bloqueantes (incluidos tamsulosina para la HPB).

2. Hipotensión ortostática típica: Reducción de la TA sistólica > 20 mmHg o TA diastólica > 10 mmHg en la presión sistólica después de 3 minutos de estar parado.

Ocurre en personas mayores que han disminuido la capacidad de respuesta de los barorreceptores, y en aquellos con hipovolemia, en tratamiento con diuréticos, antidepresivos tricíclicos, etc.

Cuando el paciente está sintomático SIEMPRE hay que bajar los antihipertensivos y dieta con sal para elevar la presión arterial e hidratarlo adecuadamente.

Pensá que este estado lleva a

hipoperfusión cerebral (posible deterioro cognitivo),

Disminución de la perfusión coronaria y lo peor en forma inmediata: Caídas.

<http://blogs.bmj.com/.../primary-care-corner-with-geoffrey-m.../>

## **Ferritina (¡Cortito y al pie!)**

**Publicado el 6 de septiembre**

Antes de pensar en sobrecarga de hierro, una ferritina elevada te hará pensar en causas más comunes como:

- \* Inflamación aguda o crónica
- \* Ingesta crónica de alcohol
- \* Enfermedad hepática
- \* Insuficiencia renal
- \* Síndrome metabólico
- \* Cáncer.

Te obliga a seguir estudiando al paciente solicitando otros estudios, tales como hemograma, función hepática y renal, y marcadores inflamatorios (proteína C reactiva o ESD).

Una saturación de transferrina normal (idealmente en ayunas) por lo general excluye la sobrecarga de hierro (aquí estaría elevada) y sugiere una causa reactiva como las que nombramos arriba.

Está atento si hay valores de ferritina sérica inexplicables ( $> 1000$  mg/L) para seguir estudiando a ese paciente.

Si coincide ferritina y saturación de transferrina ( $> 45\%$ ) elevadas, pensá en hemocromatosis hereditaria.



## ¡Para embarazadas o viajeros!

Publicado el 5 de diciembre

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para viajeros  
y especialmente para embarazadas



### ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS: **VIRUS DE ZIKA,** **DENGUE y CHIKUNGUNYA**

Se pueden prevenir evitando picaduras y eliminando los criaderos  
incluso en los sitios de veraneo.

El mosquito *Aedes Aegypti*, transmisor de estas enfermedades, se encuentra ampliamente diseminado en nuestro país y en otros de Latinoamérica. Se recomienda especial prevención a toda la población, particularmente a hombres y mujeres en edad fértil, planificando un embarazo o embarazadas. La OMS recomienda a las mujeres embarazadas no viajar a zonas donde circula el virus.

#### ¿En qué países se encuentra el virus Zika?

Actualmente el virus circula en América Central, Caribe, América del Sur (con excepción de Chile y Uruguay), con mayor número de casos en Brasil, Colombia y Puerto Rico, y en el Estado de Florida, Estados Unidos.

#### ¿Qué debería hacer si estoy embarazada o planificando un embarazo y estoy por viajar?

En el caso de estar embarazada, consulte a su obstetra antes de viajar. Si el viaje es a una zona de riesgo e imposterizable, exteme las precauciones para evitar el contacto con los mosquitos.

Al regreso de una zona afectada, se recomienda a las embarazadas con o sin síntomas que consulten a su médico.

Las mujeres que estén planificando un embarazo y hayan estado en una zona con circulación del virus, deberían esperar 2 meses luego de su regreso para intentar la concepción.

#### ¿Qué pasa si un hombre viaja a una zona con circulación del virus Zika y su pareja está embarazada o están planificando un embarazo?

En el caso de un hombre que viaja a una zona con circulación del virus Zika y su pareja está embarazada, la recomendación es mantener relaciones sexuales con preservativo hasta el final del embarazo (aunque el hombre no haya presentado síntomas).

En el caso de un hombre que viaja a una zona con circulación del virus Zika y está planificando con su pareja un embarazo, se recomienda posponer el embarazo hasta después de 6 meses de su regreso (el tiempo que se estima puede haber transmisión por vía sexual, por la duración del virus en el semen).

#### ¿Qué pasa si tengo fiebre durante el viaje?

Si durante el viaje o durante las dos semanas desde su regreso tiene fiebre, no se automedique (no usar ibuprofeno ni aspirinas), continúe tomando las medidas adecuadas para protegerse de las picaduras de mosquitos y acuda a un centro de salud, sobre todo en el caso de las embarazadas.

#### ¿Qué recomendaciones debe seguir para evitar las picaduras de mosquitos si viaja a esas zonas?

- Usar repelentes sobre la piel expuesta y sobre la ropa, con aplicaciones cada 4-6 hs. (concentración DEET 25% extraduración, por ejemplo "Off etiqueta o envase verde"). Esta concentración puede ser utilizada por embarazadas y en niños mayores de 2 meses.
- Colocar primero el protector solar y después de 10 a 15 minutos el repelente. No utilizar repelentes asociados a protectores solares en la misma formulación.
- Utilizar vestimenta de colores claros.
- Usar mangas largas con puño cerrado y pantalones largos si se desarrollan actividades al aire libre.
- Proteger la cuna o cochecito del bebé con redcillas protectoras para mosquitos tanto al aire libre como en interiores.
- Colocar espirales o tabletas repelentes.
- No arrojar recipientes o basura en lugares en los que pueda acumularse agua.
- Evitar lugares infestados por mosquitos, por ejemplo estar al aire libre durante el amanecer o el anochecer porque son las horas de mayor presencia de mosquitos.

#### ¿Que es el virus Zika?

Es un virus transmitido por el mosquito *Aedes Aegypti*, que también puede ser transmitido por vía sexual. La infección durante el embarazo puede causar defectos congénitos en los bebés, como microcefalia, aun si la madre no presenta síntomas.

#### Consultas y más información:

Sección Infectología:

4959-0200 Int. 8206/9401

Comité de Control de Infecciones:

4959-0200 Int. 8165/9542

 **HOSPITAL ITALIANO**  
de Buenos Aires

## **Zika: La verdadera epidemia**

**Publicado el 4 de Febrero 2016**

En 2015 cinco países (República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití y Honduras) quedaron sin suministro de anticonceptivos.

Toda la región cuenta con leyes de aborto de las más restrictivas del mundo.

República Dominicana, El Salvador y Nicaragua prohíben los abortos. Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay, Surinam y Venezuela permiten únicamente el aborto si corre riesgo la vida de una mujer. En 2008 casi 4,4 millones de mujeres tuvieron abortos en América Latina y el Caribe.

Se considera que casi el 95% de los abortos son inseguros, realizados por personas sin una formación adecuada o en un ambiente que no cumplen estándares médicos.

La tasa de aborto en América del sur y central es de 31 a 32 abortos por c/1.000 mujeres de entre 15 a 44 años.

Al menos el 10% de las muertes maternas en 2014 se debieron a abortos inseguros y casi 760.000 mujeres fueron hospitalizadas debido a complicaciones de abortos inseguros.

La microcefalia se diagnostica con una ecografía alrededor de la semana 24 de embarazo.

La atención de la embarazada también es insuficiente.

Mientras que casi todas las mujeres de hogares de clase media o alta tienen sus partos en centros de salud, casi un tercio de las mujeres más pobres paren en sus casas o en algún lugar que no sea un centro de atención médica.

Sólo la mitad de las mujeres que necesitan atención para las complicaciones médicas del parto y el embarazo lo reciben.

¿Cuál es la verdadera epidemia?

## Guía Dengue

Publicado el 16 de mayo

\* Hay que seguir educando a la población que el mosquito muere por debajo de 10 grados pero no la larva y que pueden desarrollarse en las casas (con temperaturas más altas).

\* Por cada casa caso de dengue importado, se producen aproximadamente entre 10 y 15 casos autóctonos.

<http://www.msal.gob.ar/.../graficos/0000000062cnt-guia-dengue...>

## En las hernias, ¡si tenés dudas no pidas ecografía!

Publicado el 7 de diciembre

El diagnóstico de hernia sigue siendo clínico y la ecografía positiva para hernia con clínica negativa o dudosa no consolida la indicación quirúrgica.

■ Las hernias inguinales constituyen una patología que DEBE ser vista y palpada para ser quirúrgica.

El diagnóstico de hernia se ha basado siempre en la presencia del dolor y en la palpación del saco de la hernia.

Observación y palpación representan condición sine qua non para operarlas.

La presencia exclusiva de dolor, quemazón o malestar NO confirma la presencia de una hernia y, por lo tanto, el paciente no debe ser operado.

A veces (con demasiada frecuencia), los médicos de familia solicitamos una ecografía que informa: "saco herniario de muy pocos mm".

El paciente se presenta al cirujano diciendo: "Vengo a verte porque tengo una hernia que seguro me operan. Tuve dolor inguinal durante 2 semanas. Mi médico me pidió la ecografía y este es el informe: hernia inguinal de 5 mm".

Entonces el paciente pregunta: "¿Por qué no operar si a mí me duele y tengo una ecografía que informa una hernia?"

¿No sirve la eco? ¿Por qué me la pidieron? ¿Qué tengo realmente?"

El hecho es que **NO se puede realizar una cirugía basada únicamente en la eco porque se corre el riesgo de no encontrarla.**

Los cirujanos experimentados no piden estudios complementarios para el diagnóstico de hernia.

Los pacientes tienen que controlarse en diferentes visitas, palpar la zona muy bien y controlar la evolución del paciente.

Si el dolor es causado por una hernia en la fase temprana, la hernia se manifestará claramente en muy pocas semanas. De lo contrario, el dolor puede ser muscular o tendinoso y puede ser resuelto espontáneamente o con fármacos antiinflamatorios.

(Agradecemos la colaboración del Dr Brandi, Cirujano de pared abdominal del Hospital Italiano de Buenos Aires)

Serie: Querido paciente...

Publicado el 18 de noviembre

Querido paciente:

Si estando internado en Unidad Coronaria le proponen colocarle un stent liberador de fármacos que debe "pagar aparte" frente al stent convencional, sepa que los estudios demuestran que no hay un mejor pronóstico con los stents con drogas.

También sepa que eso **NO ES DECIDIR CON EL PACIENTE YA QUE LAS CONDICIONES POR LAS QUE ATRAVIESA NO SON LAS IDEALES PARA QUE PUEDA ELEGIR SIN CONDICIONAMIENTOS.**

Lo saluda atte.

Su Médico de Familia

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1607991>

Serie: Querido paciente...

Publicado el 19 de noviembre

## Querido Paciente:

Si Ud. es un anciano frágil o le han dicho que le queda poco tiempo de vida, tiene que tomar sólo la medicación que aliviará sus síntomas.

Lo saluda atte.

Su Médico de Familia.

<http://www.choosingwisely.co.uk/i-am-a-patient-carer/health-a-z/#1477046153159-3ba775e8-3f85>