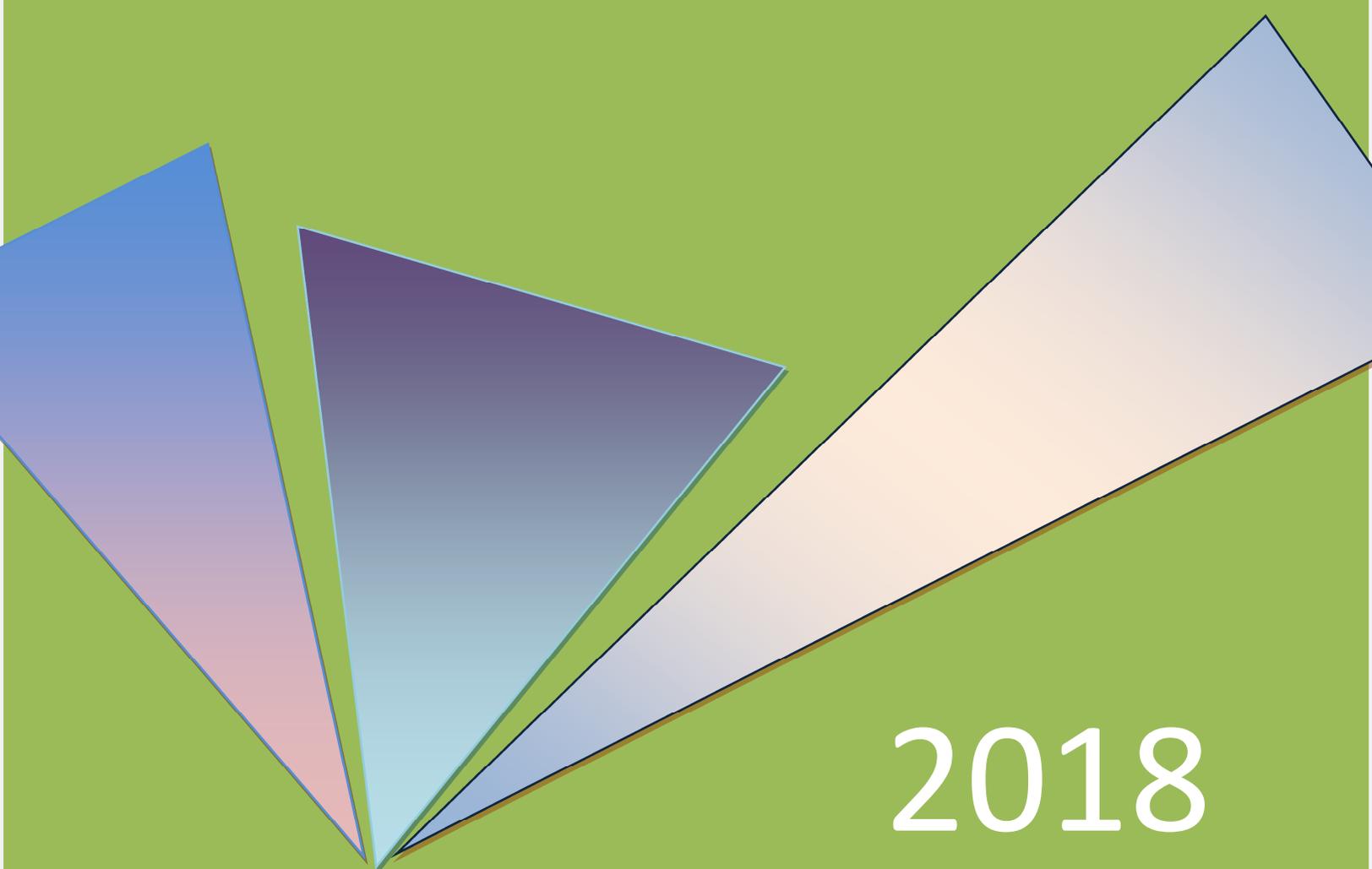


Anuario



2018

FUNDACION MF





Índice

Contenido.....	Pág.
Prólogo.....	10
Medicina Familiar: Fundamentos, conceptos, paradigma.....	11
Entrevista Dra Karin Kopitowski.....	12
El tiempo como diagnóstico.....	13
La última persona sana.....	14
El mensaje es el miedo.....	17
Decisiones compartidas.....	18
Educando a los pacientes a tomar mejores decisiones sobre su salud.....	19
Soluciones mágicas... Ser más bien realista que optimista.....	21
Nos llegó carta.....	23
¿Cómo educar a nuestro paciente si tiene gripe o no?.....	24
¿Por qué los pacientes ocultan información a sus médicos?.....	25
Estudios estadística y clínicamente significativos.....	27
Prevención.....	29
La distorsión del rastreo de cáncer.....	30
Rastreo del cáncer de pulmón.....	32
Programa nacional de rastreo de cáncer de mama en Francia.....	33
Rastreo de cáncer de mama.....	34
Cáncer de mama: Rastreo mujeres de 40 a 74 años en población general.....	35
Rastreo de Cáncer de próstata. Actualización.....	37
Cáncer de próstata.....	38
El estudio Pivot.....	39
Estatinas en prevención primaria.....	40
Actualización del rastreo de sífilis en embarazo.....	41
Recomendación sobre rastreo de violencia en la pareja.....	42

Si hay violencia en la pareja hay 1.5 veces más probabilidad de contraer una ETS.	43
Aspirina en prevención primaria.....	44
El rastreo de aneurisma de aorta abdominal y la prevalencia de tabaquismo.....	46
El rastreo del aneurisma, más daño que beneficio.....	48
Recomendaciones sobre rastreo de alcoholismo en adultos y adolescentes.	50
Actividad física	51
Consejo sobre actividad física	52
Certificado para hacer actividad física.	53
Estatinas o salir a caminar.....	54
Actividad física y depresión.....	55
Tai Chi para fibromialgia.	56
Actividad física para bajar de peso.....	57
Vacunas	58
Vacuna influenza	59
El dengue y la influenza.....	60
La vacuna Bexsero	62
Vacuna contra el HPV. Revisión de la publicación Cochrane.	64
¿Qué tan efectiva es la vacuna contra el pneumococo?	66
Vacuna contra el Herpes Zoster	68
Caso de sarampión.....	69
Cambio en el esquema de vacunación contra el sarampión	71
Vacuna contra la fiebre amarilla.	72
Salud del niño	73
Cambios recientes en el manejo de la bronquiolitis.....	74
Obesidad infantil.	77
¿Cuál es el mejor tratamiento para el trastorno autista?.....	79
Las redes sociales y los niños.	80
Los niños y las pantallas.	81
Causas de retraso en el habla y en el lenguaje.	82

Faringitis aguda	83
Otitis media en niños.	85
Dolor abdominal recurrente en niños.....	86
No estudies ni trates a niños con inversión tibial.	88
Diagnóstico de enfermedad celíaca, en niños asintomáticos, solo con serologías.	89
La amigdaloadenoidectomía puede generar efectos adversos a largo plazo.....	91
TEC en niños.....	93
Ecografía en la displasia congénita de cadera.....	97
Salud de la mujer	98
ITU baja recurrente en la mujer.....	99
Estatinas en mujeres.	100
Endometriosis.....	101
Vulvovaginitis atrófica.....	103
Poliquistosis ovárica.	104
Rastreo de cáncer de ovario.....	105
Cistitis recurrente: Aumentar la ingesta de agua.....	106
Incontinencia urinaria.	108
Omega 3 en embarazadas para impedir prematurez. Cambia conducta!.....	109
Infertilidad.....	111
Embarazo con menos intervenciones médicas.....	113
Yoga para los dolores del parto.....	115
Parto en el agua. Revisión Cochrane.....	116
Las cesáreas.....	117
¿Tomarías una droga por más de 15 años para prevenir una fractura de cadera sólo un 1%?	119
El PAP, ¿Hasta cuándo?.....	120
Reconstrucción mamaria: ¿Cómo aconsejar mejor a tus pacientes?	121
Salud del anciano	123
Estatinas en personas mayores de 75 años.	124
Ancianos y AAS en prevención primaria: No anda!.....	126
Paciente con síntomas de prostatismo, ¿Qué hacer?.....	128

Pérdida de peso no intencional en adultos mayores.....	130
Escala clínica de fragilidad.....	131
“... Desde que salió de la internación se volvió dependiente...”	132
Calcio y Vitamina D para prevenir caídas.....	133
La validación en personas con demencia.....	134
Entrenamiento aeróbico en deterioro cognitivo.	135
Problemas cardiovasculares	137
ICC nueva guía del NICE.....	138
β bloqueantes e Insuficiencia cardíaca.	141
El stent para angor. Los modelos de decisiones compartidas.	142
¿Qué hacer ante la sospecha de TEP?.....	144
Hipertensión pulmonar.	146
Terapia antiplaquetaria dual post infarto	147
Midiendo hipotensión ortostática.	148
Estatinas en prevención primaria.....	149
Manejando hipercolesterolemia.....	150
Enfermedad Arterial Periférica.	151
Pacientes con tromboembolismo venoso.....	152
Actividad física en la claudicación intermitente	154
¿Rastreás FA?	155
ACV embólico de origen desconocido.....	159
¿AAS + Clopidogrel o AAS sola en el TIA y en el ACV?.....	160
Rehabilitación después de un ACV.....	161
¿Qué ocurre con los pacientes que revierten su FA?.....	163
Los F de R de un ACV en pacientes con fibrilación auricular son similares a los F de R para ACV..	164
NNT de dar anticoagulantes para prevenir un ACV	165
Tratar con estatinas a las personas con colesterol alto.	166
Diabetes	169
Relación entre pre-diabetes y diabetes	170
Hipoglucemiantes orales.....	172

Hipoglucemiantes orales y dieta baja en hidratos de carbono.....	173
¿Las sulfonilureas afectan la mortalidad o los eventos cardiovasculares?.....	174
Riesgoso: Cambiar de metformina a sulfonilurea.....	177
Lactancia y DBT.	178
HTA	179
Umbral de HTA: Una discusión sobre paradigmas.	180
¿No es tan mala la sal?.....	182
La evidencia detrás de la reducción de la ingesta de sal.	184
Midiendo la TA: ¿En el domicilio o en el consultorio?.....	188
Cambiando la mirada de la “urgencia hipertensiva”.	189
Metas de TA en pacientes de alto riesgo.	190
¿Qué hacer en la hipertensión leve?.....	191
La toma de TA ambulatoria.....	193
¿Querés bajar la presión arterial sistólica en 8 mmHg? ... Esperá 5 minutos.....	194
Obesidad	195
Ciencia y controversias que vinculan la comida, la obesidad y el control de peso.....	196
La ciencia de la nutrición.....	202
Bajaste de peso por lo que cambiaste.	205
¿Con qué dieta querés perder peso?.....	207
Problemas respiratorios	208
Diagnóstico y tratamiento TBC pulmonar.....	209
TBC en pacientes HIV positivos.	210
¿Sirve el CPAP?.....	211
Sinusitis. Tratamiento ATB más corto.	213
Paciente con tos.....	214
Asma y la “zona amarilla”.	217
Agonistas β_2 para el asma y mortalidad. ¿Qué hay de cierto?.....	218
EPOC: Caso clínico.	220

Problemas traumatológicos	221
Los NO de los traumatólogos.	222
No pidas TAC/RMN en personas asintomáticas.	223
Lumbalgia.	224
Lumbalgia para tus pacientes.	225
Gonalgia: ¡Siempre conservador!.....	226
Fracturas por compresión vertebral (FCV). ¿Son buenos los procedimientos quirúrgicos?.....	227
Coxalgia en pacientes jóvenes.	229
Lesiones del manguito rotador	230
Hombro congelado.....	231
Fracturas de clavícula desplazada	234
¿Cuándo se opera una fractura de cadera?	236
Adicciones	237
Humo de marihuana en los hogares con niños.....	238
Consumo de alcohol.....	240
Intervenciones breves en adolescentes que beben alcohol	241
¿Fuma?	243
Ayudando a los adolescentes a dejar de fumar	244
Morbimortalidad de los tratamientos antitabáquicos.....	248
Fármacos	250
Antibióticos en la apendicitis	251
Dosis de 75-100 mg% de AAS si pesa menos de 70 kilos	253
El síndrome de abstinencia con antidepresivos.....	255
¿Sirve el ezetimibe?	256
¿Sirven los probióticos?	258
Omega – 3 y la enfermedad cardiovascular.....	259
Los prazoles en la hemorragia aguda.....	262
Quinolonas y aneurisma de aorta	263

Otros problemas clínicos	265
Ojo seco y aceite de pescado.....	266
Gota.....	267
Impétigo.....	271
Psoriasis en gota.....	272
Incidentaloma suprarrenal.....	273
Nódulo tiroideo benigno.....	274
Las hernias inguinales ya (casi) no se operan.....	276
Guía para identificar espondiloartritis.....	279
Artritis reumatoidea.....	280
Diverticulitis con o sin ATB.....	281
Dispepsia síntomas de bandera roja.....	283
Esofagitis eosinofílica (actualización).....	284
Paciente con hígado Graso.....	286
Parálisis facial periférica.....	288
Dolor neuropático: Prevalencia, tratamientos.....	290
Paciente con delirio.....	293
Trastornos neurológicos funcionales.....	294
Ejercicios de reeducación vestibular.....	298
STC Piógenes.....	299

Prólogo

Otro año más juntos.

Otro año más consolidando esta comunidad virtual.

Con un ida y vuelta por momentos más nutrido, por momentos más silencioso. Pero que está ahí.

Desde nosotros tratando de acercarles material valioso, contenidos diversos, en muchas ocasiones divertidos. Y ustedes con sus comentarios, sus disensos, sus "compartidas"

Sabemos porque lo sabemos que tenemos mucho en común.

La pasión por el cuidado de la salud, la pasión porque nuestras intervenciones no hagan que las personas estén peor que cuando llegaron a vernos, pasión por no permitir, en la medida de nuestras posibilidades, que el sistema sanitario dañe a las personas.

Compartimos los valores de "no sin evidencia", pero también la premisa de "no sólo con evidencia" y por eso sabemos que la biografía, los contextos y la mirada comunitaria son insoslayables.

Nos une la idea de que en el cuidado de la salud muchas veces menos es más y nos indignamos con el avance de "la medicina" sobre territorios que son, simplemente, la vida.

Porque podamos seguir compartiendo estos valores, porque podamos disentir sin enojarnos, porque podamos ser muchas más voces expresando estas ideas fuerte pero sin gritar (aunque a veces pareciera hacer falta) brindo por un 2019 lleno de cosas buenas para ustedes, sus familias, sus pacientes y las comunidades donde habitan y trabajan

Salud!



Dra. Karin Kopitowski

Jefa Servicio Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Italiano de Buenos Aires
Presidente Fundación MF

Entrevista Dra Karin Kopitowski.

Publicado el 3 de marzo 2018

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

<https://www.facebook.com/profammf/videos/1827902747242341/>

Para poder acceder a la entrevista completa clic aquí:

<https://www.youtube.com/watch?v=dPIes3ZkkbA&t=237s>



El tiempo como diagnóstico.

Publicado el 14/09/2018

Muchos síntomas agudos no tienen explicación física o psicológica.

Más del 90% del dolor en el pecho es probablemente no diagnosticable.

Lo mismo ocurre para el dolor abdominal.

La enseñanza de la Facultad enfatiza que las presentaciones agudas son dramáticas y tienen que ser seguidas y estudiadas porque conllevan una alta probabilidad de revelar un problema importante.

Lo que no aclaran que ese estudio y seguimiento en la mayoría de las veces termina en nada o genera una conclusión falsa y engañosa.

Esto es importante porque el diagnóstico más probable pasa a ser "nada", pero eso rara vez se discute con los pacientes.

Esto causa un exceso de estudios y efectos indeseables.

El tiempo es el tratamiento principal, y los médicos de familia debemos reclamar por tener tiempo y espacio para ver y citar a nuestros pacientes.

Si 100 personas tienen un síntoma que probablemente no sea nada y esperan 1 semana, solo 5 quedarán con el síntoma. Luego, pedir estudios por esos 5 es más razonable.

Si se investiga a las 100 personas iniciales, se habrán realizado 95 investigaciones que no fueron requeridas.

Y la pregunta final es, cuándo las Facultades de Medicina enseñarán: "... *Quédese tranquilo, probablemente sea nada, tiene forma de comunicarse conmigo, si algo distinto ocurre, si la molestia persiste venga en una semana...*".

La última persona sana.

Publicado el 20/08/2018

El título de la monografía es: "The Last Well Person". (1)

En 1994, C. Meador publicó un ensayo en el New England Journal of Medicine en el que describió a un académico de 53 años cuyos síntomas no encontraban el diagnóstico adecuado a pesar de una extensa lista de estudios que le habían hecho.

Hoy, no hay persona que escape a esta secuencia de diagnósticos infinitos.

Vivimos en un mundo de criaturas obesas, con colesterol alto, hipertensas, diabéticas, osteopénicas, deprimidas, encaramadas en el borde de un acantilado mirando a los cóndores prestos a atacar: cáncer, infartos, derrames cerebrales, demencia, fracturas y cosas peores. Tememos por nuestro futuro y les enseñamos a nuestros hijos que ellos también deben vivir con miedo por su futuro.

Nos movilizamos con todo nuestro coraje cuando nos enfrentamos a crujidos, dolores, ardores de estómago y dolores de cabeza, estreñimiento o diarrea, impotencia, insomnio e incluso piernas inquietas.

Ningún bebé puede ser quisquilloso y ningún niño puede ser inquieto, molesto o tener un rendimiento por debajo del promedio. Se nos dice que todos estos son síntomas de enfermedad. Somos una sociedad vigilante.

También estamos bendecidos con fármacos.

Para nosotros, la mortalidad es una abstracción, una bestia sin forma que podemos controlar mediante la aplicación decidida de los últimos y más convincentes conocimientos científicos.

Definiendo nuestras enfermedades

Todos los desafíos desalentadores e impredecibles a nuestra sensación de bienestar pueden ceder a una delicada elección de algún fármaco. Exaltamos nuestra medicina científica moderna; nuestros antepasados no tenían más que sabios (a menudo sabios religiosos), que señalaban el camino hacia una buena vida, NO una vida más larga.

Hoy esperamos cada vez más de los próximos pronunciamientos del corpus biomédico.

Casi todo en nuestra vida personal, íntima y desfavorable está ahora bajo su jurisdicción. Algunos ejemplos son la vitamina D y la testosterona.

¿Cómo saber si estamos bien si no nos medimos ciertas hormonas, o vitaminas, o el PSA o la mamografía?

Somos bombardeados por los medios impresos y de difusión con el susto de la semana y a la vez por proveedores que tienen la cura del fin de semana.

¿Podemos ignorar a estas personas útiles? Nos han enseñado a ser proactivos. ¿Podemos ignorar nuestro cuerpo cada vez que parece un poco dolorido?

¿Qué no es una enfermedad?

Algo saldrá mal, y lo hará repetidamente, una alteración en nuestro cuerpo que nos hace cuestionar nuestro bienestar y que desafía nuestro sentido de invencibilidad. Y cada uno de nosotros morirá, generalmente arrastrado por una de las muchas enfermedades que se interponen entre nosotros y nuestro 85º cumpleaños. Ser humano es ser desafiado en el curso de la vida y que todo llegue a su fin.

¿Qué no es una enfermedad?

Estar bien no es la ausencia de enfermedad.

Estar bien es tener algún sentido de invencibilidad; nada, o nada más me pasará que no pueda superar.

Viviendo con miedo a la muerte

Raro es la persona cuyo sentido de invencibilidad no puede ser sacudido, si no pulverizado por la voz de la autoridad.

Cuando la autoridad es médica, y hay poca o ninguna razón para sonar la alarma, llamamos esto, medicalización.

Cuando el médico debe tranquilizar, pero en cambio, construye miedo determina una tormenta perfecta.

Hay que salir a comprar la medicación, tomarla en ayunas, dejar pasar un tiempo para comer, todos rituales de pasar a jugar del lado del enfermo.

Nada de esto es nuevo.

Nuestros padres y abuelos se enfrentaron a la medicalización y al desarrollo de enfermedades. Para esas generaciones pasadas, el orgasmo y la delgadez fueron medicalizados.

Hoy en día, ambos son normales, mientras que la falta de orgasmo y la desatención deben tratarse con medicamentos.

No hay mejor soporte científico para las tormentas que el análisis de colesterol alto, osteoporosis o los rastreos del cáncer de mama, próstata, la ecografía tiroidea, el doppler carotídeo, etc.

Lo mejor que podemos esperar es llegar a nuestro cumpleaños 85 sintiéndonos razonablemente bien, incluso saludables, sin importar nuestra carga de enfermedad.

La medicina moderna tiene algo que aportar a nuestra búsqueda de la longevidad así definida, pero no mucho, y ciertamente no tanto como se dijo.

Si somos víctimas de enfermedades que amenazan y dañan nuestros tejidos y órganos, la medicina moderna ofrece curación a veces y algo de confort otras.

Sin embargo, la mayoría de las dificultades personales son más desconcertantes que dañinas. Lo que debemos hacer para enfrentarlas, y a quién debemos acudir, es menos cierto, incluso polémico.

Sus opciones y su concepto de bienestar

Un camino es tratar de "lidiar con eso" para hacer frente según nuestras posibilidades.

De todos lados (miembros de la familia, periodistas, farmacéuticos, proveedores de artículos diversos, etc.) escucharemos opciones para conceptualizar la situación y algún paliativo.

Todo esto alimenta nuestro sentido común. Solo tenemos nuestra experiencia previa y convicción para consolarnos hasta que estemos mejor, o hasta que cedamos a algunos de todos estos consejos.

Para la mayoría de los problemas personales, hay un menú de proveedores. Cada uno proclama un apuntalamiento teórico y un lenguaje particular. Cada uno ofrece una variedad de modalidades que se aplican con una habilidad que se dice refleja una capacitación especializada.

Para la mayoría de las dificultades de la vida, desde la fatiga hasta el dolor de espalda, casi todas las modalidades son ineficaces, algunas son mínimamente efectivas.

Lo que puede ser efectivo es el acto de ser tratado en lugar del tratamiento.

Al ponernos en manos de un profesional con un lenguaje y conceptualizaciones propias, cambiará nuestra autoimagen, al igual que nuestras expresiones de angustia y bienestar. Seremos diferentes.

No todos los médicos se sienten cómodos con el proceso de medicalizar. Muchos prefieren tranquilizar que diagnosticar y prescribir algo que "podría" funcionar.

Estos son los médicos a los que les gustaría decir:

"Entiendo que no es bueno estar así, pero hay que continuar con la vida lo mejor que se pueda.

Todos estos síntomas también pasarán".

¿Podés tolerarlo? ¿O preferirías ser medicalizado?

(1) El Dr. Nortin M. Hadler es profesor de medicina y microbiología / inmunología en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, y es reumatólogo en los hospitales de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Carolina del Norte. Es autor de "The Last Well Person".

El mensaje es el miedo

Publicado el 24/02/2018

El mensaje es el miedo (y es engañoso en varios niveles).

La American Heart Association (AHA) lanzó una campaña muy agresiva sobre el control de la TA mostrando una serie de historias de pacientes con graves consecuencias por su HTA no controlada (ver video).

Las imágenes y el texto promocional: "... Así es como se ve la hipertensión arterial..." - relacionan directamente la presión arterial con el resultado de un IAM, ACV o una cirugía de bypass. La conclusión que surge es que un tratamiento apropiado habría evitado ese resultado.

El mensaje que ignora los daños

Hay aspectos de la evidencia que tener en cuenta, a medida que seguimos bajando el umbral para diagnosticar la presión arterial alta, el número necesario para tratar aumentó en 1 en 100, lo que significa que tendría que tratar a unas 100 personas levemente hipertensas con medicamentos hipotensores para prevenir un evento cardiovascular por más de 5 años.

Otro problema con la campaña es que ignora los posibles daños que podrían ocurrir al perseguir los nuevos objetivos de tratamiento más agresivos. En el ensayo SPRINT que ayudó a formar la base de esos objetivos, los efectos adversos, algunos serios, no fueron infrecuentes.

Estaría bueno que en esta publicidad se mostrara una foto de alguien desmayado en el suelo, o en una cama de hospital que recibe tratamiento por insuficiencia renal aguda, o yendo a la farmacia con la boleta de lo que le cuesta la medicación adicional. Estos eventos serán más comunes para pacientes como los que están en el grupo de tratamiento intensivo del ensayo SPRINT que los infartos.

Preguntas clave sin respuesta

No hay nada que informe a los lectores sobre el tamaño de la reducción del riesgo cardiovascular asociado con el tratamiento de los nuevos objetivos. Nada que responda a la pregunta, "¿Cuánto puedo beneficiarme?"

La Academia Americana de Médicos de Familia planteó inquietudes sobre estos detalles cuando decidió no respaldar las nuevas pautas de AHA / ACC y sus objetivos de tratamiento más agresivos. Entre las muchas razones que dio la organización para no respaldar esas pautas, se encuentra que "los daños de tratar a un paciente con una presión arterial más baja no se evaluaron" en la revisión de la literatura que informó las pautas.

Esta campaña también mezcla las historias de pacientes con niveles de presión arterial mucho más alta que son obviamente candidatos al tratamiento antihipertensivo. Sin embargo, la mayoría de los pacientes que ven estas publicidades se encuentran en la misma zona gris, donde el tratamiento a un objetivo bajo puede llevar más daño que beneficio.

La educación, no el miedo con advertencias y mensajes simplistas, debería ser el objetivo.

Ver video en: <https://www.facebook.com/profammmf/videos/1820062208026395/>

Decisiones compartidas

Publicado el 30/06/2018

Compartir las decisiones, dar información no sesgada para que los pacientes elijan según sus valores y creencias. Todo eso es el desafío del sobrediagnóstico.

Te recomendamos ver el video en el siguiente link:

<https://www.facebook.com/profammf/videos/1966734926692455/>

Educando a los pacientes a tomar mejores decisiones sobre su salud.

Publicado el 22/06/2018

Ayudando a los pacientes a elegir sabiamente

Las nuevas recomendaciones de las guías inglesas (NICE) enfatizan la toma de decisiones compartida.

El sobrediagnóstico y el sobretratamiento son comunes, perjudiciales para los pacientes y costosos.

Los médicos y los pacientes tienden a sobreestimar el beneficio y subestiman el daño de las intervenciones.

La Choosing Wisely (Elegir sabiamente) es una Fundación que se enfoca en involucrar a médicos y pacientes en decisiones sobre exámenes médicos, tratamientos y procedimientos potencialmente innecesarios. Comenzó en Estados Unidos en 2012 y ahora se ha extendido a 22 países de todo el mundo.

Las nuevas guías de práctica del sistema inglés NICE han identificado intervenciones clínicas consideradas de bajo valor desde 1999. Pero, a pesar de esto, todavía hay evidencia de amplia variación en el proceder clínico donde ciertos procedimientos siguen utilizándose de más. Se precisaba una nueva estrategia que involucrara a pacientes y médicos.

Con esa idea, se realizó una campaña en el Reino Unido desde el 2016, con participación de 12 universidades que producen listas de intervenciones médicas que no deberían llevarse a cabo en absoluto, o con una decisión conjunta con el paciente plenamente informado.

Con el tiempo, las guías se simplificaron e incorporaron mucho más la participación del paciente, la información del paciente y el apoyo para la toma de decisiones compartida.

Cada vez hay más evidencia internacional del beneficio de compartir las decisiones.

Por ejemplo, en Estados Unidos se han informado reducciones en el monitoreo cardíaco innecesario, estudios inapropiados, imágenes y transfusiones de sangre.

Una de las principales barreras para abordar el problema del uso excesivo es que los médicos están preocupados porque a los pacientes les resultará difícil aceptar menos intervenciones.

Sin embargo, los pacientes informados a menudo optan por menos intervención, no más.

La calidad de la discusión entre el médico y el paciente, que combina la habilidad del médico en la medicina basada en la evidencia con los objetivos y las preferencias del paciente, puede ser una manera efectiva de garantizar una atención más adecuada.

Cambiar la conversación de "¿Qué le pasa?" a "¿Qué es valioso para Ud.?", a menudo lleva a que los pacientes tengan opciones más conservadoras sin que disminuya la satisfacción.

La evidencia muestra que las intervenciones que facilitan la toma de decisiones compartida **conducen a:**

- **menos procedimientos quirúrgicos electivos,**
- **menos pruebas inapropiadas de antígeno prostático específico (PSA),**
- **menor utilización de antibióticos para las infecciones del tracto respiratorio superior.**

Esto se refleja en la última guía de Choosing Wisely UK, que sugiere cuatro preguntas que los pacientes deberían preguntarle a su médico para ayudarlos a tomar decisiones más informadas:

- **¿Cuáles son los beneficios?**
- **¿Cuáles son los riesgos?**
- **¿Cuáles son las alternativas?**
- **¿Y qué pasará si no hago nada?**

Esto requerirá una mayor inversión para proporcionar información de salud comprensible y confiable a los pacientes.

Educar sobre cómo evaluar críticamente los consejos médicos.

La sobreutilización médica no es sólo una responsabilidad médica, los pacientes también deben participar en este importante esfuerzo.

<https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2585>

Soluciones mágicas... Ser más bien realista que optimista.

Publicado el 12/06/2018

Algunas reflexiones del ex director del BMJ: Dr Richard Smith.

La mayoría de los médicos más viejos saben que la efectividad de sus intervenciones es más bien baja.

Dudar de la efectividad de la medicina es sano.

Heráclito dijo : "... La forma en que los médicos torturan a sus pacientes es "tan mala como las enfermedades que dicen curar...".

Para Ivan Illich: "... La medicina moderna es una negación de la salud "... enferma a más gente de lo que sana... ".

Fuera de posturas extremas, la frecuencia de las intervenciones médicas fallidas, el grado de evidencia confuso, la discordante investigación médica, el marco teórico incompleto en el que se basan muchas intervenciones médicas y la maleabilidad de incluso los mejores métodos empíricos hacen que los resultados sean confusos.

El modelo o teoría médica de atacar enfermedades con "balas mágicas" no es útil. Surgió con la aparición de tratamientos como los antibióticos y la insulina, que en un mundo donde no había un tratamiento efectivo para las infecciones y las personas con diabetes tipo I morían, parecería mágico que los medicamentos lo pudieran curar. Pero incluso con esos tratamientos, pronto reconocimos que las bacterias podían desarrollar resistencia a las drogas, y que a pesar de mantenerse con vida, las personas con diabetes desarrollarían complicaciones.

La teoría de la bala mágica supone que un tratamiento efectivo (la bala mágica) mueve a un paciente de la enfermedad a la salud. Pero, la salud, la enfermedad y la efectividad son conceptos controvertidos. La teoría tampoco abarca la mayoría de las condiciones donde la causa es mucho menos clara y mucho más compleja, particularmente en un mundo donde la mayoría de los pacientes tienen múltiples afecciones crónicas.

A pesar de sus obvias limitaciones, el modelo de la bala mágica parece estar vivo.

En la era de la genética y la medicina personalizada, las compañías farmacéuticas son comerciantes de balas mágicas. También es muy atractivo para el público, que puede fantasear con que un comprimido solucionará sus problemas.

Los métodos de investigación contemporáneos de la industria farmacéutica pueden ser "maleables" y muchas veces subestiman los daños de un tratamiento.

Estos argumentos también ignoran el teorema de Bayes, que dice que debemos comenzar con una hipótesis previa que **las intervenciones médicas tienen baja efectividad**, hasta el punto de que si se habla que "tal intervención es efectiva", debemos pensar que es un falso positivo.

Ser buenos médicos es no creer en tantas balas mágicas.

La medicina debe tener un moderado conservadurismo terapéutico.

Muchos médicos, particularmente los médicos de familia, ya practican una medicina realista y prudente.

En general, el enfoque en las balas mágicas (genes, proteínas y vías moleculares) ha sido pobre.

La regulación también necesita un replanteamiento. Por el momento, existe la presión de facilitar la entrada de nuevos medicamentos al mercado que tal vez beneficien más a las compañías farmacéuticas que a los pacientes.

Son pocas las drogas nuevas que tienen nuevos beneficios (y podrían no haber declarado serios riesgos adversos).

Como médicos debemos conocer las limitaciones de las balas mágicas, ser escépticos sobre todo con las nuevas drogas y reconocer la importancia de lo humano en oposición a lo técnico.

<https://blogs.bmj.com/bmj/2018/06/04/richard-smith-the-case-for-medical-nihilism-and-gentle-medicine/>

Nos llegó carta...

Publicado el 06/04/2018

Los sigo todo el año y me atreví a escribirles como médica y nieta.

En mi abuela la demencia apareció lentamente, primero repetía ciertas historias, como si el cerebro fuera atrapado en un círculo. Luego de una caída con fractura de cadera se avecinó un círculo vicioso de agitación, medicación y sedación necesarias para controlar su confusión.

Veo que el mismo devenir se desarrolla en las historias de mis propios pacientes.

Se siente como si hubiera dos partes distintas de mi cerebro: el "cerebral" y el "cerebro nieta". Las dos tienen intersecciones raras. Es más fácil si se mantienen separadas.

Luego tuvo una caída, mi abuela ya no podía vivir de forma independiente. En contra de su voluntad, ella y mi abuelo pasaron a vivir en un geriátrico.

A eso siguieron más hospitalizaciones por confusión, agitación, delirio. Mi abuela solo pudo manejar oraciones fragmentadas y sin sentido pero, como si quedara algún círculo neuronal, cuando falleció mi abuelo, no habló más.

No la visito muy frecuente. No me gusta como está ahora. Ella es, pero no es. Antes del Alzheimer, era vivaz, de voluntad fuerte, brillante y afectuosa. Me cocinó los mejores platos durante toda mi infancia. Esa abuela ya no está allí.

Ahora se parece más a mis pacientes que nunca! Encogida, un poco pálida, desconocida. En estas visitas, lucho contra la misma serie de emociones: tristeza profunda seguida de ira intensa. Tengo un lío de pensamientos y sentimientos.

Mi abuela no sabe que estoy de visita. No reconoce a nadie. Conocerla, saber quién era y qué valoraba antes de que comenzara la demencia, de alguna manera hace que lidiar con la demencia sea más difícil.

En el largo camino de la demencia, el cuerpo existe, la persona no. Solo hay una pequeña porción de alivio: saber que la cuidan con la mayor dignidad y respeto.

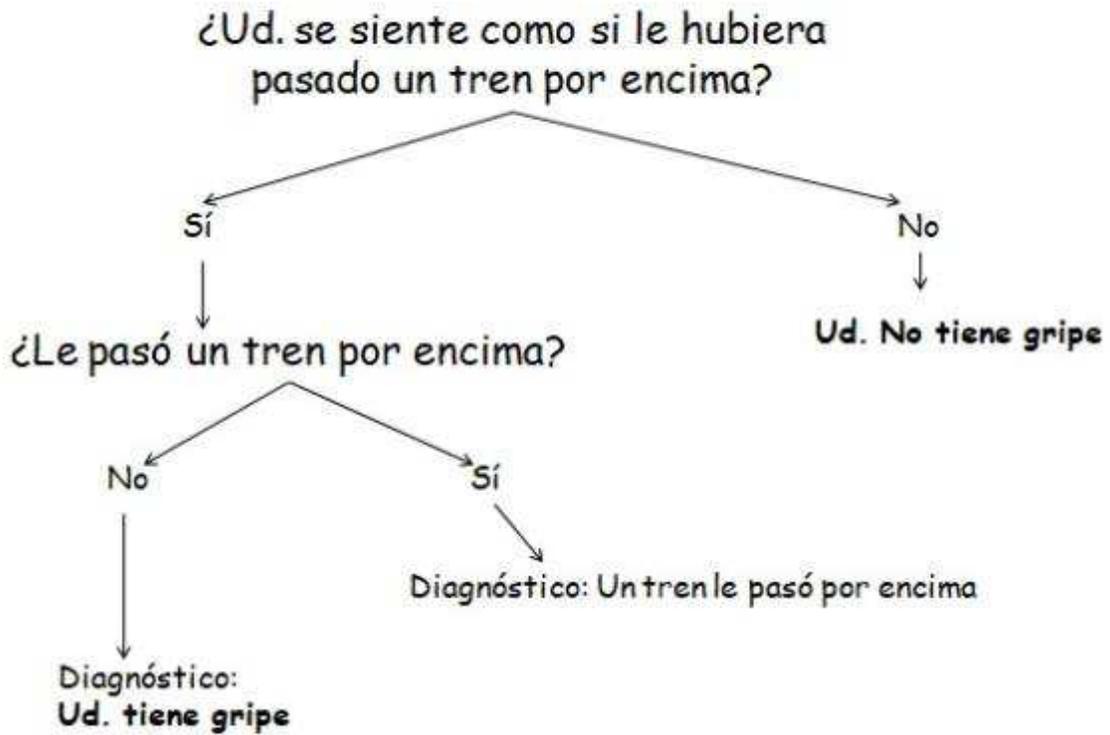
Mi experiencia con la demencia de mi abuela no es única, lo sé.

Lo único que puedo hacer es pensar en ella y tratar a mis pacientes con respeto, amabilidad y compasión.

¿Cómo educar a nuestro paciente si tiene gripe o no?

Publicado el 10/06/2018

Nuestro algoritmo de gripe (para darle a tus pacientes)



¿Por qué los pacientes ocultan información a sus médicos?

Publicado el 7/12/2018

Hace un par de años atendía como médico de familia a una mujer de 60 años y a su esposo por más de 15 años. Un día la paciente vino con lumbalgia aguda. Como tenía irradiación a la zona ciática y no mejoraba con AINEs le pedí una imagen.

En ella apareció imagen metastásica en columna. Me sorprendí tanto que le dije: "... ¡Qué raro! Tenés una mamografía normal y vos no fumás..." Me interrumpió y me dijo: "... Sí fumo! Nunca te lo dije pero fumo 5 o 10 cigarrillos por día..."

Le pedí una TAC de tórax que confirmó una imagen primaria en pulmón.

¿Por qué nunca me lo comentó? La verdad es que a esa altura no quise preguntárselo...

Un nuevo estudio se acaba de publicar [1] sobre las razones de porqué los pacientes le ocultan información a los médicos.

Se basa en dos encuestas diferentes que se hicieron en línea.

2011 personas completaron la encuesta MTurk. Edad media $36 \pm 12,4$ años.

2499 personas completaron la encuesta SSI. Edad media $61 \pm 7,59$ años.

Ambas muestras fueron predominantemente personas de etnia blanca (MTurk: 84,3%; SSI: 78,8%).

No darle al menos 1 tipo de información a su médico:

1630 participantes de MTurk (81.1%) y 1535 participantes de SSI (61.4%)

No estaba de acuerdo con la recomendación del médico:

918 de los encuestados de 2010 [45,7%] en la encuesta MTurk

785 de 2497 encuestados [31,4%] en la SSI

No entendió las instrucciones del médico

MTurk: 638 de los encuestados de 2009 [31,8%]

SSI: 607 de 2497 encuestados [24. 3%] .

Las razones más comúnmente informadas para no darle información al médico incluyen:

No querer ser juzgados o tener que obedecer al médico

MTurk: 81.8% [IC 95%, 79.8% -83.9%]

SSI: 64.1% [IC 95%, 61.5% -66.7%]

No querer saber qué tan dañina es la conducta

MTurk: 75.7% [95% CI, 73.5% -78.0%]

SSI: 61.1% [95% CI, 58.5% -63.8%]

Sentir vergüenza

MTurk: 60.9% [IC 95%, 58,9% -62,9%]

SSI: 49,9% [IC 95%, 47,8% -52,1%]).

En ambas muestras, las participantes que eran **mujeres** (MTurk: odds ratio [OR], 1.88 [95% CI, 1.49-2.37]; SSI: OR, 1.38 [95% CI, 1.17-1.64]), **más jóvenes** (MTurk: OR, 0,98 [IC del 95%, 0,97-0,99]; SSI: OR, 0,98 [IC del 95%, 0,97-0,99] y **con peor estado de salud** (MTurk: OR, 0,87 [IC del 95%, 0,76-0,99]; SSI: O, 0.80 [IC 95%, 0.72-0.88]) fueron más propensos a reportar información a su médico.

Conclusiones y relevancia:

En estas encuestas, muchas personas no dan información importante a sus médicos intencionalmente.

Una mejor comprensión de cómo aumentar la comodidad de los pacientes al informar esta información puede mejorar la relación médico-paciente y la atención al paciente.

[1]

https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2716996?utm_source=twitter&utm_medium=social

Estudios estadística y clínicamente significativos.

Publicado el 21/01/2018

¿Qué sucede si un estudio muestra que un medicamento puede reducir significativamente el cansancio sin efectos adversos? ¿Lo indicarías?

O tal vez dudás y buscás más información para decidir.

Antes te preguntaría: ¿Cómo se llevó a cabo?

Se estudió un grupo de 2000 adultos entre 30-40 años de edad, todos los cuales sufren de cansancio constante. Luego, se los dividió aleatoriamente en 2 grupos de 1000 cada uno.

Un grupo de participantes (el grupo "intervención") recibió el nuevo medicamento: "Energilina". El otro (grupo control) recibió un placebo. Cada grupo tomó 2 compr/día x 3 semana Ninguno, ni participantes ni investigadores, sabía qué tomaba.

Se usó una escala de 1 a 20 para medir los niveles de cansancio, antes y después del ensayo. 1 significaba que el participante se sentía completamente descansado y 20 completamente fatigado.

Los resultados revelaron que: 90% de los participantes en el grupo "energilina" mejoraron en 2 puntos en la escala y el 80% de los participantes en el grupo placebo mejoró 1 punto en la misma escala.

Esta diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$), lo que significa que, al final de las 3 semanas, los participantes en el grupo intervención estaban significativamente menos cansados que los del grupo control.

Entonces, ¿eso significa que el tratamiento fue efectivo? ¿Deberías indicar "energilina"?

No necesariamente...

En términos simples, si un tratamiento produce una mejora positiva y notable en un paciente, podemos llamarlo "clínicamente significativo" (o clínicamente importante).

Por el contrario, la significación estadística se rige por el valor de p (y los intervalos de confianza).

Cuando encontramos una diferencia de $p < 0.05$ la llamamos "estadísticamente significativa".

Simplemente significa que es poco probable que haya ocurrido por chance o por casualidad. No necesariamente nos dice acerca de la importancia de esta diferencia o qué tan significativa es para los pacientes.

¿Cuándo es estadística y clínicamente significativa?

Esto es cuando hay una diferencia importante y significativa entre los grupos y las estadísticas también lo respaldan.

¿Puede NO ser estadísticamente significativa PERO SÍ clínicamente importante?

Esta situación es más probable que ocurra si el estudio tiene una muestra pequeña de pacientes como para detectar una diferencia entre los grupos.

Si es estadísticamente significativa PERO NO clínicamente importante.

Es más probable que esto suceda cuando el tamaño muestral es más grande que lo habitual. Si tiene muchos participantes, incluso diferencias mínimas y triviales entre los grupos pueden volverlo estadísticamente significativo.

Recordar: Sólo porque un tratamiento sea estadísticamente significativo (mejor que el tratamiento alternativo), no significa necesariamente que estas diferencias sean clínicamente importantes o significativas para los pacientes.

¿Cómo no caer en la trampa?

* Mirá si los autores mencionan específicamente si las diferencias son clínicamente importantes o no.

* Tomá en cuenta el tamaño de la muestra: Particularmente con tamaños de muestra muy grandes, incluso pequeñas diferencias sin importancia pueden ser estadísticamente significativas.

* Tené en cuenta el tamaño del efecto. En general, cuanto mayor sea el tamaño del efecto, mayor será la probabilidad de que la diferencia sea significativa para los pacientes.

Prevención

La distorsión del rastreo de cáncer.

Publicado el 09/03/2018

Un artículo de opinión de la revista *Annals of Internal Medicine* [1] argumenta que el grado de agresividad con que seleccionamos algunos tipos de cáncer para rastrear puede distorsionar nuestra comprensión de los factores de riesgo de un cáncer en particular, así como la frecuencia con la que lo percibimos.

Los cánceres que se rastrean tienen subtipos que a menudo se detectan en exámenes clínicos que comúnmente se conocen como de crecimiento lento, o tortugas, subclínicos o incluso precancerosos, y que a menudo NO progresan para causar problemas de salud o acortar vidas. El cáncer de próstata y el cáncer de tiroides son dos de esos ejemplos pero también están mama, pulmón y piel.

Hay dos formas comunes en que un rastreo agresivo puede distorsionar nuestra comprensión de estos cánceres:

- El impulso de "detectar tempranamente" algo lleva a que se encuentren más cánceres lo que, a su vez, da la falsa impresión de una mayor incidencia de algunos cánceres.
- El rastreo más incisivo en los familiares de una persona con cáncer significa que se encontrarán más cánceres. Esto podría dar la impresión de que los antecedentes familiares son más un factor de riesgo de lo que realmente pueden ser.

Si hiciéramos una biopsia a hombres SIN antecedentes familiares de cáncer de próstata, al mismo ritmo que biopsiaríamos a hombres CON antecedentes familiares, encontraríamos más cáncer de próstata en ellos también. La historia familiar influye en qué busquemos más cáncer de próstata y, por lo tanto, encontremos más. El factor de riesgo se convierte en una "profecía auto-cumplida".

Otros ejemplos del artículo incluyen:

- El cáncer de mama encontrado por mamografía, ecografía o resonancia es más probable que sea indolente que aquél hallado por autoexamen.

A medida que exploramos con tecnologías más avanzadas capaces de encontrar tumores cada vez más pequeños, encontraremos más casos de cáncer pero también más casos que no se convierten en cáncer.

Esto no solo representa un sobrediagnóstico sino que también puede dar la falsa impresión de que el cáncer de mama es más común de lo que realmente es.

- El cáncer de tiroides de bajo grado es común, y se considera que las mujeres corren un riesgo tres veces mayor de desarrollarlo que los hombres. Pero las tasas de mortalidad por cáncer de tiroides son casi idénticas para hombres y mujeres. Por lo tanto, es posible que a las mujeres simplemente se las rastree mucho más, se detecten más nódulos (tanto malignos como indolentes), y el "factor de riesgo" de género puede ser "más aparente que real".
- En otras palabras, cuántas personas examinamos y con qué frecuencia lo hacemos, puede

confundirnos no solo con respecto a quién está en riesgo de padecer un cáncer en particular, sino también a qué tan prevalente es ese cáncer.

El exceso de entusiasmo por la detección temprana nos hizo avanzar y hacer cosas dañinas.

[1] <http://annals.org/.../scrutiny-dependent-cancer-self-fulfilli...>

Rastreo del cáncer de pulmón.

Publicado el 27/01/2018

Sabías que...

Incluso en el quintil más alto de riesgo de cáncer de pulmón, el número necesario para rastrear (NNR) el cáncer es 552 y tiene 302 falsos positivos!

Si vas a las personas de bajo riesgo, la cantidad de falsos positivos que tiene la TAC es de casi 2221 falsos positivos por muerte de cáncer de pulmón evitada y el NNR es de 5600.

Es importante informar a los pacientes y discutir con ellos los riesgos y beneficios de una TAC en fumadores o ex.

ja.ma/2DYQmr2

Programa nacional de rastreo de cáncer de mama en Francia.

Publicado el 09/02/2018

Fin del Programa Nacional de Rastreo de cáncer de mama en Francia.

En 2004 se comenzó un programa nacional de rastreo de cáncer de mama a mujeres entre 50 y 74 años. Se las contactaban para realizar una mamografía cada 2 años en forma gratuita. Con el tiempo, surgieron dudas sobre el alcance, accesibilidad, efectividad y posibles daños del programa en cuanto a sobrediagnóstico y sobretratamiento. En septiembre de 2015, el Ministro de Salud anunció lo que se conoce en Francia como una " investigación civil y científica" y nombró un comité directivo independiente para supervisarlos.

El comité recomendó poner fin al programa o realizar reformas radicales.

Si el programa continuaba, sus recomendaciones deberían ser:

- Suministrar información completa y neutral a las mujeres, el público en general y los médicos.
- Reconocer la controversia científica en información para mujeres y médicos.
- Capacitar a los médicos a que tomen mejores decisiones en el rastreo del cáncer de mama.
- No continuar el rastreo de rutinaria a mujeres de 50 años o menos que estén en riesgo promedio.

Francia es el tercer país europeo que cambia sus recomendaciones de rastreo con mamografía a la población general después del Reino Unido y Suiza.

<https://jamanetwork.com/.../jamainternal.../fullarticle/2659560...>

Cáncer de mama

Antes

- Veo en la historia que hace mucho no se hace la mamografía.
- La mamografía es un estudio de rayos x que ayuda a detectar signos tempranos de cáncer de mama.
- Ayudará a los médicos a detectar alteraciones antes que se forme un bulto.
- Si el cáncer es hallado hay buenas chances que se cure.

Ahora

- Veo en la historia que aún no discutimos los pros y contras de hacerse la mamografía.
- La mamografía es una decisión compleja. Puede ayudarla pero también puede causar daño innecesario.
- No hay una respuesta correcta a la pregunta "¿Me debo hacer la mamografía?" La decisión debe caer en los factores de riesgo y en sus creencias y valores.
- Respetamos su derecho a elegir y le brindaremos la mejor información que proviene de los estudios científicos.

Detección temprana del cáncer de mama por mamografía



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

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

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

Cáncer de mama: Rastreo mujeres de 40 a 74 años en población general.

Publicado el 14/12/2018

Puntos clave

- Evidencia de baja certeza indican que las pruebas de rastreo de cáncer de mama con mamografía dan como resultado una reducción moderada en la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 40 a 74 años.
- El beneficio absoluto es más bajo para las mujeres menores de 50 años.
- La evaluación puede llevar a un exceso de diagnóstico, debido a:
 - a. Tratamientos innecesarios del cáncer en mujeres que no sufrirían daño en su vida.
 - o
 - b. Resultados falsos positivos que pueden llevar a consecuencias tanto físicas como psicológicas.

El sobrediagnóstico y los falsos positivos con biopsias relacionadas a estas dos situaciones se dan más en mujeres más jóvenes.

- El balance entre beneficios y daños del rastreo es menos favorable en mujeres de 40 a 49 años que en mujeres mayores.
- La evidencia sobre los valores y preferencias de hacerse mamografías en mujeres de 40 a 49 años sugiere que en una alta proporción NO elegirían ser examinadas si conocen los datos de sobrediagnóstico y falsos positivos no así para mujeres de mayor edad.
- A la luz de la evidencia de baja certeza de los beneficios y daños de la detección del cáncer de mama, así como de la variabilidad en las preferencias de los pacientes, las mujeres deben recibir apoyo para tomar una decisión informada sobre la detección que sea congruente con sus propios valores y preferencias.
- Las mujeres de 50 a 74 años deben participar en la toma de decisiones compartidas con sus médicos.

Las tasas de mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres canadienses ha disminuido de 41.7 por 100.000 en 1988 a 23.2 por 100.000 en 2017, mientras que la incidencia estandarizada por edad se ha mantenido relativamente estable, alrededor de 130 por 100.000 desde 2004.

Que la mortalidad esté en disminución y la incidencia estable, podría reflejar:

- Mejoras en el tratamiento del cáncer de mama
- Detección oportuna de cáncer sintomático.

La detección puede identificar el cáncer de mama antes y conducir a un tratamiento más eficaz y menos invasivo; pero también puede llevar a un sobrediagnóstico y al tratamiento posterior del cáncer que, si no se trata, no se habría manifestado ni causado daños.

Los ejemplos de secuelas adversas de los tratamientos (p. ej., Intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia) incluyen dolor, desfiguración y angustia. Además, los resultados de detección de resultados falsos positivos pueden tener un impacto psicológico y pueden provocar efectos físicos adversos a partir de pruebas adicionales.

Recomendaciones Mamografía

- **Examen de detección en mujeres de 40 a 49 años:** Se recomienda **NO realizar mamografía**; la decisión de someterse a un examen de detección depende del valor relativo que una mujer asigna a los posibles beneficios y daños del examen (*recomendación condicional; evidencia de baja certeza*).
- **Examen de detección en mujeres de 50 a 69 años:** Se recomienda **realizar mamografía cada 2 a 3 años**. La decisión de someterse a un examen de detección depende del valor relativo que una mujer otorga a los posibles beneficios y daños del examen (*recomendación condicional; evidencia de certeza muy baja*).
- **Examen de detección en mujeres de 70 a 74 años:** Se recomienda **realizar exámenes de mamografía cada 2 a 3 años**; La decisión de someterse a un examen de detección depende del valor relativo que una mujer otorga a los posibles beneficios y daños del examen (*recomendación condicional; evidencia de certeza muy baja*).

Otras modalidades de detección

- Se recomienda **no indicar resonancia magnética, TAC o ecografía** para detectar el cáncer de mama en mujeres que no están en mayor riesgo (*recomendación fuerte, no hay evidencia*).
- Se recomienda **no realizar examen clínico de mama** para detectar el cáncer de mama (*recomendación condicional; no hay evidencia*).
- Se recomienda **no aconsejar a las mujeres que realicen autoexamen de mama** para detectar cáncer de mama (*recomendación condicional; evidencia de baja certeza*).

<http://www.cmaj.ca/content/190/49/E1441>

Rastreo de Cáncer de próstata. Actualización.

Publicado el 04/06/2018

Te recomendamos ver el siguiente video que detalla esta actualización de la Fuerza de Tareas Americana.

<https://www.facebook.com/profammf/videos/1929403897092225/>

Cáncer de próstata

Publicado el 26/02/2018

Cada 100,000 hombres de 50 años o más que acceden al rastreo de cáncer de próstata:

- 748 tendrán la enfermedad.
- Vivirán 1 día más que los que no se hacen el rastreo.
- 274 hombres se volverán impotentes,
- 25 incontinentes y
- 17 tendrán problemas rectales como resultado del tratamiento.
- La cirugía tiene una mortalidad cercana al 1%.

<https://screeningforprostatecancer.org/get-the-facts/>

El estudio Pivot.

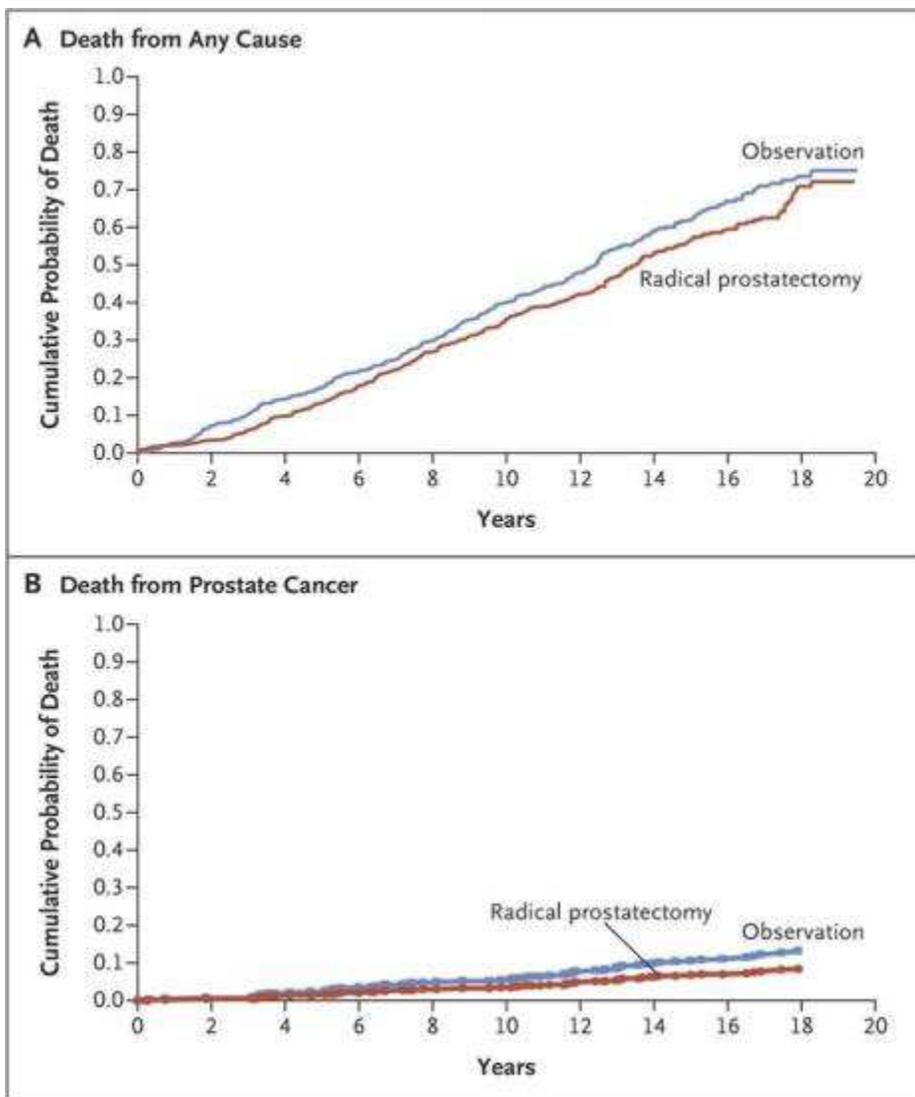
Publicado el 28/03/2018

El año pasado se publicó un ensayo controlado randomizado un ensayo importante sobre cáncer de próstata.

El estudio PIVOT siguió a 731 hombres con cáncer de próstata precoz que se asignaron al azar prostatectomía u observaron y por casi 20 años.

El mismo encontró que la cirugía no conduce a una menor mortalidad por todas las causas o por cáncer de próstata.

Con mucha impotencia e incontinencia...



<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1615869>

Estatinas en prevención primaria.

Publicado el 30/11/2018

Los eventos cardíacos y cerebrales bajan a la mitad: En vez de 2 personas, 1.

Para hablarlo con tus pacientes.



El debate de dar estatinas a adultos mayores sin enfermedad cardiovascular...

Nuevos datos del estudio SPRINT

Publicado en el JAMA Intern Med. el 22 de enero [1]

Son muchos los pacientes de 65 o más años que reciben estatinas preventivamente y si bien hay trabajos fundamentados para esta conducta en los últimos tiempos se conocieron mucho más los efectos adversos y los intereses que pueden haber sesgado estos estudios.

Ahora apareció un nuevo re-análisis de los datos del Estudio SPRINT para adultos mayores con dislipemia e hipertensión moderada sin diagnóstico de enfermedad CV que estaban tomando estatinas (prevención primaria). Cuando se los comparó con una cohorte similar que no tomaba estatinas, NO hubo diferencias en la ocurrencia de tasa de eventos primarios CV (0,064 vs 0,078). Estos resultados no randomizados contradicen los estudios JUPITER y HOPE (cuyas cohortes sí estaban randomizadas).

Harán falta más estudios para determinar una conducta a seguir.

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

Actualización del rastreo de sífilis en embarazo.

Publicado el 09/09/2018

Esta sí es una medida muy efectiva.

Población	Embarazadas
Recomendación	Rastreo temprano a toda embarazada Grado A

Valoración del riesgo	Toda embarazada se debe considerar de riesgo y debe estudiarse tan pronto como sea necesario.
Estudios diagnósticos	El rastreo tradicional es de dos pasos: Una prueba no treponémica: VDRL, seguida de un test treponémico: FTA Abs. Una alternativa reciente es invertir el orden de los estudios: Primero el test treponémico y luego la VDRL. Si los resultados de los estudios son discordantes, un tercer estudio treponémico se debe realizar.
Tratamientos	El tratamiento habitual es con Penicilina Benzatinica.

For a summary of the evidence systematically reviewed in making this recommendation, the full recommendation statement, and supporting documents, please go to <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.



Recomendación sobre rastreo de violencia en la pareja.

Publicado el 26/10/2018

La USPSTF actualizó su recomendación sobre rastreo de violencia en la pareja

Población	Mujer en edad reproductiva	Ancianos o adultos vulnerables
Recomendación	Rastreo de violencia en la pareja y dar ayuda o interconsultar a una red de apoyo. Grado: B	No se recomienda Grado I: Insuficiente evidencia

Valoración de riesgo	Toda mujer en edad reproductiva tiene riesgo de sufrir violencia en la pareja. Hay varios factores que aumentan el riesgo: Edad joven, abuso de sustancias, violencia en niños, desempleo, dificultades en la pareja y problemas económicos. Los F de R para abuso en ancianos incluyen: Aislamiento, falta de red social, discapacidad funcional y pobre acondicionamiento físico. Los ancianos con riesgo de sufrir abuso económico o físicos son aquellos que: Viven con muchos convivientes (más allá de la pareja), perciben bajos ingresos económicos.
Estudios diagnósticos	Varios cuestionarios de rastreo pueden ser usados en mujeres quienes hayan sufrido violencia en la pareja en el último año como ser: humillación, atemorización, patadas, insultos, amenazas. E HITS (1) PVS (2) WAST (3) La USPSTF NO encontró un cuestionario confiable para utilizar en ancianos ni en adultos vulnerables que no tengan signos o síntomas reconocidos de violencia
Tratamientos e intervenciones	Dentro de las estrategias efectivas se vieron que el seguimiento enfocado en consejos y visitas domiciliarias, dirigidas a múltiples factores de riesgo (no solo violencia). LOS TRATAMIENTOS DE INTERVENCIONES BREVES Y BRINDAN INFORMACIÓN FUERON INEFICACES. Hay poca evidencia que la intervención temprana de abuso en ancianos y adultos vulnerables reduce la exposición al abuso, daños mentales y físicos o la mortalidad.



(1) http://findingjennsvoice.com/wp-content/uploads/2016/09/HITS_sp.pdf

(2) http://www.profam.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=1

(3) http://mevl.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V2N2/V2N2_35_42.pdf

Si hay violencia en la pareja hay 1.5 veces más probabilidad de contraer una ETS.

Publicado el 1/12/2018



INTIMATE PARTNER VIOLENCE

Women who are physically or sexually abused by their partners are

1.5 times

more likely to get a sexually transmitted infection than women who aren't exposed to such violence.

@UN WOMEN

Aspirina en prevención primaria...

Publicado el 28/08/2018

Ayer se publicó un ensayo clínico aleatorizado [1] que tuvo como objetivo evaluar la eficacia y la seguridad de la aspirina versus placebo en pacientes con un riesgo estimado moderado de un primer evento cardiovascular.

Métodos

El ARRIVE es un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, multicéntrico realizado en siete países.

Los pacientes elegibles tenían en promedio 55 años (hombres) o 60 años (mujeres) y más y tenían un riesgo cardiovascular promedio, considerado moderado en función del número de factores de riesgo específicos.

Se excluyeron los pacientes con alto riesgo de hemorragia gastrointestinal u otras hemorragias o diabetes.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente (1:1) con un código de asignación al azar generado por computadora para recibir aspirina con cubierta entérica (100 mg) o placebo, una vez al día. Los pacientes, los investigadores y otras personas involucradas en el tratamiento o el análisis de datos fueron ciegos a la asignación del tratamiento.

La variable principal de eficacia fue un resultado compuesto del tiempo hasta la primera aparición de: Muerte cardiovascular, infarto de miocardio, angina inestable, accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio.

Los puntos finales de seguridad fueron la aparición de eventos hemorrágicos y la incidencia de otros eventos adversos, y se analizaron en la población por intención de tratar.

Resultados

Entre el 5 de julio de 2007 y el 15 de noviembre de 2016, se inscribieron 12.546 pacientes y se asignaron al azar para recibir

Aspirina (n =6270) o

Placebo (n =6276) en 501 sitios de estudio.

La mediana de seguimiento fue de 60 meses.

En el **análisis por intención de tratar**, el punto final primario se produjo en 269 (4 - 29%) pacientes en el grupo de aspirina frente a 281 (4 - 48%) pacientes en el grupo placebo (hazard ratio [HR] 0.96; 95 % CI 0.81 – 1.13; p = 0.6038).

Los **eventos hemorrágicos gastrointestinales (en su mayoría leves)** ocurrieron en 61 (0,97%) pacientes en el grupo aspirina versus 29 (0,46%) en el grupo placebo (HR 2.11, IC 95% 1.36-3.28; p = 0.0007).

La tasa de incidencia **de eventos adversos graves** fue similar en ambos grupos de tratamiento (Aspirina 1266 (20.19%) vs 1311 (20.89%) en el grupo placebo).

La incidencia global **de eventos adversos** fue similar en ambos grupos de tratamiento (Aspirina 5142 (82.01%) vs Placebo 5129 (81.72%)).

La incidencia global de **eventos adversos** relacionados con el tratamiento fue baja (Aspirina = 1050 (16.75%) vs Placebo = 850 (13.54%); $p < 0,0001$). Hubo 321 muertes documentadas en la población con intención de tratar (Aspirina = 160 (2.55%) vs Placebo= 161 (2.57%) de 6276 pacientes).

Interpretación

La tasa de eventos fue mucho menor de lo esperado, lo que probablemente refleja las estrategias contemporáneas de manejo de riesgos, lo que hace que el estudio sea más representativo de una población de bajo riesgo.

El papel de la aspirina en la prevención primaria entre pacientes con riesgo moderado, por lo tanto, no podría abordarse.

No obstante, los hallazgos con respecto a los efectos de la aspirina son consistentes con los observados en los estudios de prevención primaria de bajo riesgo previamente publicados.

Fondos

Bayer.

[1] [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31924-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31924-X/fulltext)

El rastreo de aneurisma de aorta abdominal y la prevalencia de tabaquismo.

Publicado el 17/06/2018

¿Hay que rastrear el aneurisma de aorta abdominal?

La detección del aneurisma aórtico abdominal puede no reducir sustancialmente las muertes por este problema, según un estudio de cohorte sueco de más de 130000 hombres publicado en The Lancet [1].

Los hallazgos cuestionan la necesidad de rastrearlo.

En el estudio, los autores estiman cuántas muertes se evitaron como resultado del rastreo, cuántas recibieron un sobrediagnóstico y cuántas personas fueron tratadas cuando no era necesario.

El sobrediagnóstico es la detección de AAA que nunca habría causado síntomas en la vida de una persona ni causado su muerte.

¿Motivos?

- a. En los últimos años, el número de casos de aneurisma aórtico abdominal ha disminuido significativamente, lo que puede alterar los beneficios y los daños del examen.
- b. Al haber sobrediagnóstico, hay angustia psicológica innecesaria y muchas personas se someten a una cirugía innecesaria.
- c. La cirugía para el aneurisma aórtico abdominal es una operación compleja que tiene un riesgo de complicaciones graves como ACV, IAM, amputación, insuficiencia renal e incluso muerte.

El estudio

Esta cohorte siguió a 25.265 hombres de 65 años o más que fueron invitados a la detección entre 2006-2009, y 106.087 hombres que no fueron invitados a la detección, pero por lo demás similar (grupo control igualado).

Los investigadores calcularon cuántos hombres fueron diagnosticados con un AAA, cuántos se sometieron a cirugía y cuántos hombres murieron a causa de la enfermedad.

También analizaron las tendencias generales de estos factores para todos los hombres de entre 40 y 99 años en Suecia, entre 1985 y 2015.

Entre 2000-2015, la mortalidad por aneurisma aórtico abdominal disminuyó en un 70% en toda Suecia (de 36 a 10 muertes por 100000 hombres de 65-74 años) adjudicadas al descenso del tabaquismo. Es de notar que las tasas de incidencia se mantuvieron similares entre los rastreados

y no rastreados. Además, el rastreo NO redujo sustancialmente la mortalidad, con un estimado de dos muertes evitadas por cada 10.000 hombres examinados 6 años después del rastreo.

La diferencia no fue estadísticamente significativa entre los rastreados y los que no.

El rastreo se asoció con un daño significativo por sobrediagnóstico y tratamiento innecesario: 6 años después del rastreo, 49 de c/10.000 hombres sometidos a rastreo probablemente habían sido diagnosticados en exceso, y 19 de estos hombres probablemente se habrían sometido a una cirugía innecesaria.

Los daños del rastreo pueden superar los beneficios.

Tengamos en cuenta si en nuestro país comienza a disminuir el tabaquismo como parece (en la Encuesta Nacional de F de R en el 2005= 29.7%, 2009= 27.1% y 2013= 25.1%) puede ser innecesario el rastreo.

[1] [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31031-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31031-6/fulltext)

El rastreo del aneurisma, más daño que beneficio.

Publicado el 26/08/2018

Un estudio de cohorte sueco de más de 130.000 hombres publicado en *The Lancet* (1) concluye que la detección del Aneurisma de Aorta abdominal puede no reducir sustancialmente la mortalidad por esta afección.

Los hallazgos cuestionan la necesidad del rastreo con ecografía, que según la Fuerza de Tareas Americana (USPSTF) se recomienda en pacientes que han fumado entre los 65 y 75 años (2).

En los últimos años, el número de casos de aneurisma aórtico abdominal ha disminuido significativamente, lo que puede alterar los beneficios y los daños del examen.

En el estudio, los autores estiman cuántas muertes se evitaron como resultado de la evaluación, cuántas personas recibieron un diagnóstico excesivo y cuántas personas fueron tratadas cuando no era necesario.

El sobrediagnóstico es la detección del aneurisma que nunca habría causado síntomas en la vida de una persona ni causado su muerte.

Esto puede conducir a conocer el estado de enfermedad innecesariamente y las personas se pueden someter innecesariamente a una cirugía.

La cirugía del AAA es una operación compleja con riesgo de complicaciones graves como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, amputación, insuficiencia renal e incluso muerte.

La detección se hace por ecografía abdominal.

Los hombres que tienen una aorta igual o mayor a 30 milímetros de ancho son diagnosticados con aneurisma aórtico abdominal y son monitoreados regularmente.

Los hombres con una aorta de más de 55 mm se les ofrece cirugía preventiva.

El estudio siguió a 25.265 hombres de 65 años o más que fueron invitados a la detección entre 2006-2009, y 106.087 hombres que NO fueron invitados a la detección, pero por lo demás similar (grupo control).

Los investigadores calcularon cuántos hombres fueron diagnosticados con un aneurisma aórtico abdominal, cuántos se sometieron a cirugía y cuántos hombres murieron a causa de la enfermedad.

También analizaron las tendencias generales de estos factores para todos los hombres de entre 40 y 99 años en Suecia, entre 1985 y 2015.

Entre 2000-2015, la mortalidad por aneurisma aórtico abdominal disminuyó en un 70% en toda Suecia (de 36 a 10 muertes por 100.000 hombres de 65-74 años), y las tasas se mantuvieron similares en los hombres que fueron y no fueron seleccionados.

Además, **el rastreo no redujo sustancialmente la mortalidad, con un estimado de dos muertes evitadas por cada 10.000 hombres examinados 6 años después del mismo.**

La diferencia no fue estadísticamente significativa.

El rastreo se asoció con un daño significativo por sobrediagnóstico y tratamiento innecesario: 6 años después del rastreo, 49 de c/10.000 hombres sometidos a rastreo probablemente habían sido diagnosticados en exceso, y 19 de estos hombres probablemente se habrían sometido a una cirugía innecesaria.

Como resultado, los autores concluyen que el rastreo de aneurisma aórtico abdominal solo tuvo un efecto menor sobre la mortalidad y, en cambio, sugieren que la menor mortalidad por aneurisma aórtico abdominal puede ser causada por la disminución de las tasas de tabaquismo.

Los daños del rastreo pueden superar los beneficios y cuestionar su uso continuo.

También señalan que muchos casos se identifican fuera del programa de detección, a través de pruebas e identificación oportunistas.

Los autores señalan algunas limitaciones, incluyendo que el seguimiento de seis años puede no capturar el efecto completo del rastreo, posiblemente subestimando los beneficios y sobreestimando los daños. Sin embargo, los autores no creen que esto cambie significativamente sus conclusiones.

Por último, a través de la ecografía para detectar aneurisma aórtico abdominal a menudo encuentra otros tipos de aneurismas, y este estudio no tiene en cuenta los posibles beneficios o daños de esto.

(1) <https://t.co/IIYBHztVSG>

(2) <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/abdominal-aortic-aneurysm-screening>

Recomendaciones sobre rastreo de alcoholismo en adultos y adolescentes.

Publicado el 23/11/2018

Población	Adultos, incluye embarazadas	Adolescentes
Recomendación	Rastreo de uso indebido de alcohol y proveer intervenciones de consejería breve. Recomendación B	Sin recomendación Recomendación I (Evidencia insuficiente)

Estudios de rastreo	Varios estudios de rastreo tienen aceptable sensibilidad y especificidad AUDIT-C (Ver imagen) SASQ
Intervenciones	Las intervenciones de consejería breve publicadas han sido útiles con varios participantes, en sitios de atención primaria y con el equipo de salud. Se trata de proveer feed-back y comparar con otros pacientes - cuánto tomaron. A eso sigue una entrevista motivacional y brindar estrategias cognitivas conductuales tales como un diario de cuánto se toma, planes de acción y manejo del estrés.
Otras recomendaciones	La USPSTF proveyó también recomendaciones de rastreo e intervenciones en otras adicciones como tabaquismo y drogas.

For a summary of the evidence systematically reviewed in making this recommendation, the full recommendation statement, and supporting documents, please go to <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.



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

<https://bit.ly/2DQNWqN>

Actividad física

Consejo sobre actividad física

Publicado el 29/06/2018

Ningún paciente se debería ir de tu consultorio sin el consejo de caminar 20 minutos diarios.

Para conseguir que 1 persona deje de fumar

Para conseguir que 1 persona inactiva comience a hacer actividad física.

Necesitas dar de 50 a 120 consejos

Necesitas dar 12 consejos

Ambos tienen beneficios de salud comparables ¹

Cada consulta médica debe ir acompañada de un consejo sobre moverse más.

1. Thornton JE et al. Br J Sports Med 2016; doi:10.1136/bjsports-2016-094693.
2. Oates AB. Br J Sports Med 2016; 50(6): 322-3.

Certificado para hacer actividad física.

Publicado el 01/02/2018

El certificado para hacer actividad física. Vale la pena leerlo.

<http://www.lanacion.com.ar/2105027-aptos-medicos-entre-la-i...>

Estatinas o salir a caminar.

Publicado el 13/02/2018

Estatinas en prevención primaria:

Este es un meta-análisis de 14 estudios de prevención primaria = 46.262 participantes

El tratamiento con estatinas aumentó el riesgo absoluto de DBT 0.5% (IC 95% 0.1-1%, p=0.012), mientras que la reducción de la mortalidad fue similar: 0.5% (- 0.9 a - 0.2%, p=0.003).

En prevención secundaria hubo 15 ensayos controlados randomizados = 37.618 participantes
La rama estatinas disminuyó la mortalidad 1.4% (IC -2.1 a -0.7%, p < 0.001). Lo interesante de este meta-análisis es que no hubo síntomas atribuibles a las estatinas aunque un 0.4% elevó las transaminasas.

Caminar produce más beneficios en prevención primaria que tomar una estatina.

<https://www.ndph.ox.ac.uk/.../european-journal-of-preventive-...>

Actividad física y depresión.

Publicado el 29/04/2018

Hacer ejercicio durante 20 minutos/día reduce el riesgo de desarrollar depresión en un 31%.

Se acaba de publicar una revisión [1] sobre 49 estudios de cohortes, que incluye a 266.000 personas.

Quienes cumplen con la actividad física tienen un 31% menos de probabilidades de desarrollar depresión durante el período de seguimiento (siete años y medio) en comparación con los que no. Los investigadores encontraron que incluso una pequeña cantidad de ejercicio ayudó a prevenir el inicio de la depresión.

Los niveles más altos de actividad física protegen de una futura depresión en niños, adultos y adultos mayores, en todos los continentes y después de tener en cuenta otros factores importantes, como el índice de masa corporal, el tabaquismo y las condiciones de salud física.

Hacer algo de actividad física es mejor que nada, y cuanto más hagas, mejores serán las posibilidades de prevenir el desarrollo de la depresión.

A esta altura, la "evidencia abrumadora" se deben traducir en decisiones políticas significativas que cambien los entornos de vida y permitan que las personas sean más activas todos los días.

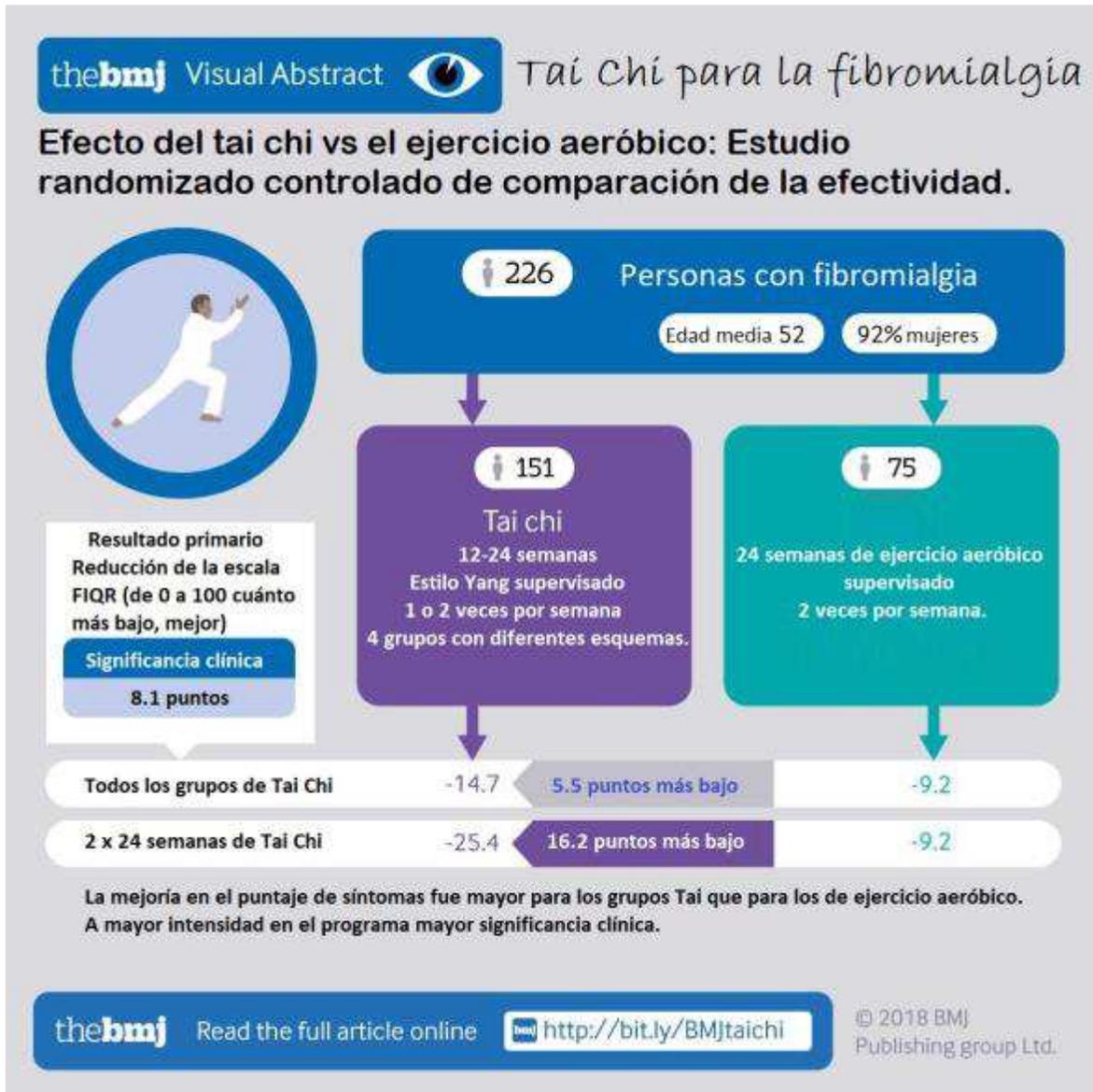
Como médicos debemos involucrar a todas las personas en ser más activas en forma regular; a través de escuelas, lugares de trabajo, programas de ocio y en otros lugares, a fin de reducir el riesgo de depresión a lo largo de la vida.

[1] <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>

Tai Chi para fibromialgia.

Publicado el 27/03/2018

Para tener en cuenta antes que dar mucha farmacología.



Actividad física para bajar de peso.

Publicado el 25/03/2018

“... Ahora empiezo. Retomo el gimnasio para bajar unos kilos...”

Todos los años lo escucho de mi paciente quien cada vez está más gordo. Y no es que no cumpla con lo que dice...

Va al gimnasio 3 veces/semana después del trabajo y juega al fútbol los fines de semana. Eso sí NO BAJA y por el contrario sube.

Hace unos años, en un editorial del British Journal of Sports Medicine [1], tres autores sostenían que el mito que el ejercicio es la clave para perder peso y para la salud es erróneo y generalizado, y debe terminar.

Hasta los médicos lo repetimos sin ver que la evidencia de que la dieta es más importante que el ejercicio es abrumadora.

Detrás del mensaje del sedentarismo se hizo popular que el aumento de la obesidad se debe a ello y que si corrés 10 km podés comer 2000 calorías. No se enfocó en la dieta. Esta percepción falsa tiene sus raíces en las campañas publicitarias de la industria de alimentos, que utiliza tácticas terribles similares a las del tabaco donde personalidades del espectáculo o del deporte las promueven (campaña publicitaria de Gatorade: Ginobili).

¡La actividad física regular es muy buena!

Reduce el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, DBT 2, demencia y algunos cánceres en al menos un 30% pero NO conduce a la pérdida de peso.

Los alimentos azucarados altamente procesados y las gaseosas se han convertido en opciones preferidas.

El problema es aún más amplio. Hasta el 40% de aquellos con un índice de masa corporal normal tendrán anormalidades metabólicas típicamente asociadas con la obesidad, que incluyen hipertensión, dislipidemia, enfermedad del hígado graso no alcohólico y enfermedad cardiovascular si se incluyen ese tipo de alimentos.

LO ÚNICO EFECTIVO QUE LAS PERSONAS PUEDEN HACER POR SU PESO, ES RESTRINGIR LAS CALORÍAS, Y AÚN MÁS, RESTRINGIR LOS CARBOHIDRATOS.

No hay actividad física que supere una mala dieta.

[1] <http://bjsm.bmj.com/.../2015/05/07/bjsports-2015-094911.full>

Vacunas



Vacuna influenza.

Publicado el 06/03/2018

3 Revisiones 3

Una revisión sistemática [1] en ancianos destaca la diferencia que hace vacunar a esa población en una sola temporada (reduce el riesgo de influenza del 6 al 2,4%); Aún tenemos muy poca información acerca de qué ocurre en las próximas temporadas con una sola dosis.

No hay datos sobre hospitalizaciones en ningún estudio, ni información sobre neumonía y muy poca información sobre muerte. Todos resultados críticos que son de suma importancia para la toma de decisiones.

En una revisión Cochrane para prevenir la influenza en adultos: [2] Se incluyeron 52 ensayos con más de 80.000 personas.

Las vacunas inactivadas contra la influenza redujeron la influenza del 2.3% al 0.9%: 71 adultos sanos necesitan ser vacunados para evitar que uno experimente influenza, sin efecto sobre la hospitalización o un ligero aumento de la fiebre en el momento de la vacunación.

También existen incertidumbres sobre vacunar a los trabajadores de la salud. Una revisión sistemática [3] de ECA-en racimo y una cohorte de trabajadores de salud que cuidaban personas de ≥ 60 años en hogares de ancianos determinó muchos sesgos en la investigación problemas como la falta de ciego, contaminación y bajas tasas de vacunación en los grupos de intervención. Ofrecer vacunación contra la influenza a los trabajadores de la salud a largo plazo puede tener poco o ningún efecto en adquirir nueva infección padecer neumonía, hospitalización o muerte.

Parece que necesitamos más investigación sobre la vacuna contra la influenza que vaya más allá de nuestro conocimiento que previene la infección aguda.

[1] Vaccines for preventing influenza in the elderly. Demicheli V., Jefferson T., Di Pietrantonj C., et al. 2018. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018(2), CD004876

[2] Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Demicheli V., Jefferson T., Ferroni E., Rivetti A., & Di Pietrantonj C. 2018. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018(2), CD001269.

[3] Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ. Cochrane Database Systematic Reviews. 2016(6), CD005187.

El dengue y la influenza.

Publicado el 11/04/2018

Las vacunas contra la gripe parecen estar modificando la influenza en una peligrosa enfermedad similar al dengue.

La vacuna contra la influenza del año pasado contenía la misma cepa H3N2 que la vacuna de este año (virus tipo A / Hong Kong / 4801/2014 (H3N2)).

Muchas personas habrían desarrollado sensibilización mediada por Ig E a largo plazo a las proteínas virales H3N2 debido a la vacunación del año pasado* . Se espera que los que recibieron la vacuna tengan una respuesta de Ig E más fuerte debido a su contenido de proteína viral* .

La vacuna H3N2 de este año habría sido neutralizada por estos anticuerpos Ig E. Resultante de la baja eficacia que se observó de la vacuna.

Si una persona que produce Ig E anti-H3N2 se infecta con H3N2, puede tener una gripe significativamente peor. Por lo tanto, la "tormenta de citoquinas" que se observa en casos graves probablemente sea un competidor de infecciones con una reacción alérgica. La muerte que es causada por un shock anafiláctico, pero debido a la presencia de una infección, se clasifica erróneamente como shock séptico.

En el caso de la alergia alimentaria, por ejemplo, la exposición al alérgeno puede ser causado por una reacción de hipersensibilidad inmediata y un shock anafiláctico en minutos/horas. En el caso de la alergia a la influenza, pueden pasar uno o dos días para que el virus se replique y produzca exposición viral a la anafilaxia. Entonces la anafilaxia se desarrolla en un par de días.

La reacción de "alergia al virus de la gripe" produce más desgranulación de mastocitos, más histamina, más moco, más estornudos y más diseminación del virus.

Se han observado mayores tasas de hospitalización en pacientes con asma que recibieron la vacuna contra la influenza. Nuevamente, esto se debe a que los pacientes con asma son susceptibles de producir respuestas de Ig E más fuertes a las proteínas virales después de la vacunación. En la exposición posterior al virus, se puede esperar que desarrollen asma mediado por Ig E más severo.

Considere la infección por dengue. La picadura inicial del mosquito que inyecta el virus del dengue en una persona provoca la inducción de Ig E contra las proteínas del dengue. En una picadura de virus de dengue posterior, la persona desarrolla una reacción alérgica mediada por dengue-IgE específica. A medida que progresa la infección (y, por lo tanto, la reacción alérgica), aumenta la permeabilidad vascular.

El resultado es hipotensión y síndrome de shock por dengue.

Básicamente, una reacción de hipersensibilidad tipo 1 causada por la exposición al virus del dengue después de la sensibilización mediada por Ig E a las proteínas virales del dengue.

La ruta de exposición para la infección de influenza natural es la vía respiratoria, no la inyección subcutánea (SC) o intramuscular (IM).

Las vacunas antigripales cambiaron artificialmente la ruta de la exposición inicial a la proteína viral a la inyección SC o IM, por lo que es similar a la ruta de exposición para el dengue. El resultado es una respuesta Ig E a las proteínas de la influenza es similar a la respuesta para el dengue.

No debería sorprendernos que modifiquemos el curso de la infección de influenza para que adquiriera las características de una infección por dengue (urticaria y shock).

Como resultado, se pueden considerar medicamentos para la alergia, como antihistamínicos y anafilaxis, para prevenir o tratar este síndrome de choque de influenza causado por el hombre.

<https://www.bmj.com/content/360/bmj.k1378/rr-15>

La vacuna Bexsero

Publicado el 05/06/2018

La enfermedad meningocócica es una afección muy grave causada por la *Neisseria meningitidis* (meningococo), tiene hasta un 15% de mortalidad y de los que sobreviven hasta un 20% puede tener secuelas a largo plazo. De pronóstico imprevisible y pudiendo ser catastrófico en pocas horas. La enfermedad se contagia a través de secreciones orales, el meningococo coloniza especialmente a adolescentes, que transmiten la bacteria a niños pequeños (que sufren la mayor carga de enfermedad), y a adultos.

En Argentina se presenta como casos aislados o epidémicos, y ocurren alrededor de 250 casos al año, sobretodo en menores de 5 años. En la mayoría de los casos las infecciones son por el serotipo B y W. Durante el 2015 se incorporó al calendario nacional las vacunas que cubren contra los serotipos A, C, W e Y, aplicándose 3 dosis, a los 3, 5 y 15 meses; o una única dosis a los 11 años en aquellos que no la hayan recibido desde nacimiento.(1)

La vacuna contra el serotipo B, 4CMenB (Bexsero), orientada a prevenir la enfermedad contra el serotipo B, está ahora disponible en Argentina desde 2018, y presenta varios estudios sobre inmunogenicidad y seguridad con resultados favorables.

Ensayos clínicos mostraron que la vacuna es segura y genera inmuno respuesta en lactantes, niños, adolescentes y adultos. La incidencia de fiebre como efecto adverso es similar a otras vacunas si se administra sola o junto a otras vacunas. Pero si se la da con las otras la fiebre puede ser más elevada, pero en ambos casos se autolimita sin complicaciones. Puede ser administrada simultáneamente a la hexavalente, pentavalente y con la antineumocócica. (2)

Pero con relación a la eficacia, (3), por hay un único trabajo publicado, y con resultado favorable, realizado en Inglaterra, donde se hizo un trabajo observacional analítico de cohortes simultáneas, comparando a la cohorte vacunada contra una cohorte anterógrada y otra retrógrada de iguales características. Los niños vacunados fueron los nacidos entre mayo y agosto del 2015, y fueron seguidos durante 10 meses; y se compararon contra los niños de edad similar, no vacunados, nacidos durante los 4 años previos al reclutamiento; y contra los niños que en el mismo período no fueron vacunados y tenían entre 1 y 5 años.

La **cobertura** para los elegibles fue de 95.5% para una dosis, y 89,6% para dos dosis, a los 6 meses de edad. La **eficacia** para dos dosis fue 82,9% para todas las cepas, y efectividad de 94,2% para las de la vacuna. Comparado contra el período prevacuna hubo una **reducción de la tasa de incidencia de 50%** en la cohorte elegible (33 vs 74 casos), independientemente del estado de vacunación previo. En los <5 años, la reducción fue del 14%, pero no significativa. **Reducción total del 36% frente a los casos esperados.**

Conclusión:

En los primeros 10 meses de programa, 2 dosis de la vacuna fue eficaz para prevenir la infección por MenB de los lactantes.

Aunque éste es el único estudio publicado por ahora con relación a la eficacia de la vacuna, y los

resultados que se publican son por ahora solo en referencia a los niños menores de 1 año, parecen alentadores.

Bibliografía

1. Catanzariti A, Gómez A. Nuevo esquema de vacuna antimeningocócica en niños. *Evid Act Pract Ambul.* 2017;20(2):58.
2. Gil A, Barranco D. .Prevention of serogroup B meningococcal disease using a four-component vaccine. *An Pediatr (Barc).* 2014 Apr; 80(4):259.e1-23.
3. Parikh SR, Andrews NJ. Effectiveness and impact of a reduced infant schedule of 4CMenB vaccine against group B meningococcal disease in England: a national observational cohort study. *Lancet.* 2016 Dec 3;388(10061):2775-2782.

Vacuna contra el HPV. Revisión de la publicación Cochrane.

Publicado el 11/05/2018

Cochrane UK

Existe buena evidencia que la vacuna contra el HPV protege contra el cáncer de cérvix particularmente en las personas vacunadas entre 15 a 26 años y no hay riesgo sobre efectos adversos importantes.

La revisión Cochrane se basó en 26 ensayos controlados con 73428 niñas y mujeres (la mayoría menores de 26 años). Dos tipos de vacunas de HPV fueron comparadas contra placebo y con un seguimiento de 8 años. La vacuna no parece aumentar el riesgo de efectos adversos (alrededor del 7%) en el grupo vacunado y en el control.

uk.cochrane.org | @CochraneUK | #CochraneEvidence <https://bit.ly/2i0E9aC>

Vacuna del HPV protectora del cáncer cervical

Cochrane publicó esta revisión de las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) el 9 de mayo de 2018.

El 4 de junio, se presentó un análisis detallado de esta revisión destacando serios defectos metodológicos en la revisión:

- (A) la calidad de los estudios no se evaluó adecuadamente;
- (B) Un análisis de subgrupos post hoc presentados como resultados de ensayos controlados aleatorios;
- (C) informe de sesgo no reconocido;
- (D) informes selectivos no tomados en consideración;
- (E) diseños de ensayos sesgados;
- (F) datos no publicados no incluidos;
- (G) conflicto de intereses en el grupo de autores;
- (H) n = 7 estudios de Gardasil incluidos,

n = 18 para Cervarix, este último ya no se comercializa en los EE. UU.

Los estudios en fase III de Gardasil son un claro caso de cambio de resultados, una práctica altamente controvertida porque puede llevar a resultados engañosos.

Esto es especialmente preocupante, ya que los autores utilizaron análisis de subgrupos post hoc para respaldar su conclusión de que "las vacunas contra el HPV reducen el riesgo de cualquier CIN2 + de 287 a 106 / 10,000 (RR 0.37 (0.25 a 0.55), alta certeza)".

¿Qué tan efectiva es la vacuna contra el pneumococo?

Publicado el 16/10/2018

NNV: Número necesario para vacunar

ECA: Ensayo clínico aleatorizado

Efectividad:

La vacuna parece mostrar un mayor beneficio en:

- Mineros, soldados y pacientes de países en vías de desarrollo pero son estudios de menor calidad (ejemplo no ciego).
- Con la vacuna conjugada 13: No hubo diferencias estadísticamente significativas.
- No hubo ensayos clínicos de ningún tipo que demostraran reducción en la mortalidad

Algunas guías internacionales recomiendan

Vacunar con VP23 a:

- Adultos ≥ 65 años.
- Pacientes institucionalizados por largo término.
- Refuerzo con VP23 (después de 5 años) si se la dió antes de los 65 años.
- Alto riesgo para neumonía por pneumococo:

Enfermedad crónica, hepática o inmunocompromiso.

Conclusión:

En el mejor de los casos, las vacunas pneumocócicas pueden prevenir la neumonía en 1 en 55 adultos de más de 65 años y 1 en 20 pacientes con EPOC, y en las reagudizaciones del EPOC 1 en 8 por aproximadamente más de 3 años.

La vacuna antineumocócica de polisacáridos 23

Previene 1 de cada 13 neumonías a largo plazo en pacientes que están en ámbitos institucionalizados.

La **vacuna antineumocócica conjugada 13 valente** NO disminuye la neumonía.

No hay meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) ni tampoco ECA de alta calidad que reduzcan la mortalidad.

Referencias:

1. Moberly S, Holden J, Tatham DP, et al. Cochrane DatabaseSyst Rev. 2013; 1:CD000422.
2. Walters JAE, Tang JNQ, Poole P, et al. Cochrane DatabaseSyst Rev. 2017; 1:CD001390.
3. Huss A, Scott P, Stuck AE, et al. CMAJ. 2009; 180(1):48-58.
4. Maruyama T, Osamu T, Niederman M, et al. BMJ. 2010; 340:c1004.

Vacuna contra el Herpes Zoster

Publicado el 20/11/2018

- No es una vacuna que esté en el calendario nacional hasta la fecha.
- Es muy cara. \$\$\$

Se podría llegar recomendar en **adultos a partir de los 50 años:**

- Es una vacuna recombinante.
- Los estudios contra placebo fueron financiados por la industria:
 - **Para infección**
0,08 % versus 2,7% de placebo, Número necesario para tratar (NNT) ~ 40.
 - **Para la neuralgia postherpética**
NNT = 333 a los 3.8 años o NNT = 422 a los 3 años.

https://www.acfp.ca/.../1542383539_tfpzostervaccinefv.pdf

Buenos Aires Ciudad | Ministerio de Salud – Gerencia Operativa de Epidemiología

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA N° 1: CASO CONFIRMADO DE SARAMPIÓN
 Fecha: 29 de marzo de 2018 | Semana Epidemiológica N° 12

Caso confirmado de Sarampión en Residente de CABA – SIN VIAJE

El día viernes 28 de marzo de 2018 el laboratorio de referencia de la Ciudad confirmó un caso de sarampión en una beba de 8 meses, residente en la Ciudad, sin antecedente de viaje. Ante esta situación, sumada a la importante circulación del virus de sarampión en países de América y el resto del mundo y el tránsito de personas desde y hacia esos países actualmente afectados, el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires emite el presente alerta, con el objetivo de informar sobre la situación, difundir las recomendaciones para los vecinos de la ciudad y los viajeros e instar a los equipos de salud de toda la ciudad a intensificar la vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Febril Exantemática, así como verificar los circuitos y protocolos para la notificación oportuna y la implementación inmediata de acciones de control ante la detección de casos sospechosos.

<p>DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS</p> <p>La paciente, de sexo femenino de 8 meses de edad, inició los síntomas con tos y fiebre el 21/03 y exantema y el 25/03.</p> <p>El 26/03 consulta a sanatorio privado donde se decide la internación para observación y diagnóstico.</p> <p>El 27/03 en horas de la noche, con una JGM+, la Gerencia Operativa de Epidemiología (GDE) recibe la notificación iniciando la investigación epidemiológica.</p> <p>El 28/3 las muestras de sangre y orina fueron positivas por qRT-PCR para sarampión en el Laboratorio de Referencia de la Ciudad.</p> <p>Actualmente la paciente está en observación con buena evolución.</p> <p>La paciente no presenta antecedentes de vacunación por ser menor de un año.</p> <p>La investigación epidemiológica de contactos y búsqueda de fuentes de infección se encuentra en curso.</p>	<p>SARAMPIÓN</p> <p>Enfermedad viral aguda, potencialmente grave, transmisible y extremadamente contagiosa. Las manifestaciones clínicas son: fiebre, conjuntivitis, coriza, tos (triple catarro), exantema típico (manchas de Koplik) pero que no está presente en todos los casos, y erupción generalizada centrífuga con espacios de piel sana (exantema morbiliforme) que comienza en la cara y luego descendiendo al tronco y miembros. Las complicaciones pueden ser por el mismo virus o por una sobreinfección bacteriana, e incluyen diarrea, otitis media, neumonía (es la causa más frecuente de muerte) y meningoencefalitis.</p> <p>El agente etiológico es el virus del sarampión, que pertenece a la familia de los Paramyxovirus, género Morbillivirus.</p> <p>El único reservorio es el ser humano.</p> <p>El modo de transmisión es fundamentalmente de persona a persona, por diseminación de gotitas a través del aire. La presencia de aerosoles permite la transmisión aérea en lugares cerrados (consultorios e internaciones) hasta dos horas después.</p> <p>El período de incubación es de 10 días (7 a 18), desde la exposición hasta el comienzo de la fiebre, y 14 días hasta el inicio de la erupción.</p> <p>No hay un tratamiento específico, pero puede prevenirse con la vacunación oportuna de la población susceptible.</p> <p>Aislamiento: los niños no deben asistir a la escuela hasta una semana después que apareció la erupción. En los hospitales, el aislamiento respiratorio debe ser estricto.</p> <p>Medidas de control y diagnóstico: Ver en el cuerpo del documento ("Actividades ante un caso sospechoso").</p>
<p>SITUACIÓN REGIONAL</p> <p>En la Región de las Américas, durante el año 2017 cuatro países notificaron casos de sarampión. En el año 2018, 9 países confirmaron casos.</p> <p>En Venezuela se encuentra en desarrollo un brote que desde la semana epidemiológica (SE) 26 de 2017. Hasta la SE 7 de 2018 se notificaron y confirmaron 886 casos; En Brasil y Colombia se confirmaron casos en personas procedentes de Venezuela.</p>	



ALERTA EPIDEMIOLÓGICA N° 1: CASO CONFIRMADO DE SARAMPIÓN

Fecha: 29 de marzo de 2018 | Semana Epidemiológica N° 12

1. RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

Para evitar la reintroducción del virus del sarampión en el país, el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires recomienda

- **Verificar esquema de vacunación completo para la edad**
 - De 12 meses a 4 años: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral (sarampión-rubéola-paperas)
 - Mayores de 5-6 años: deben acreditar DOS DOSIS de vacuna con doble o triple viral después del primer año de vida
 - Las personas nacidas antes de 1965 no necesitan vacunarse porque son considerados inmunes
- **Intensificar la vigilancia epidemiológica de casos sospechosos de enfermedad febril exantemática (EFE)**

Los casos SOSPECHOSOS de sarampión y rubéola constituyen Eventos de Notificación Obligatoria regulados por la Ley 15.465 que obliga a todos los profesionales médicos y bioquímicos a realizar la notificación de los mismos (se desempeñen en cualquiera de los subsectores de atención: público, privado o de la seguridad social)

Definición de caso

Caso sospechoso: Paciente con fiebre (temperatura axilar mayor a 38°C) y exantema, o en todo caso en que el profesional de la salud sospeche sarampión o rubéola.

Ante la presencia de síntomas compatibles, indagar siempre sobre los antecedentes de viaje de los pacientes.

Modalidad de la vigilancia

Notificación inmediata nominal: Todo caso sospechoso deberá notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (al módulo C2 por parte del equipo médico que atienda a un caso sospechoso, y al módulo SIVILA por parte del personal de laboratorio que obtenga, reciba o procese muestras provenientes de un caso sospechoso), dentro de las 24 horas de la notificación, con adelanto por vía telefónica a la autoridad local responsable de las primeras acciones de bloqueo.

2. ACTIVIDADES ANTE UN CASO SOSPECHOSO

- **Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria** por el medio disponible más rápido (teléfono, mail, whatsapp), SIN esperar resultados de laboratorio.
- **Notificar dentro de las 24 horas al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).** Todo caso sospechoso deberá notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (al módulo C2 por parte del personal médico que atienda a un caso sospechoso, y al módulo SIVILA por parte del personal de laboratorio que obtenga, reciba o procese muestras provenientes de un caso sospechoso).
- **Confeccionar de manera completa la ficha epidemiológica.**
- **Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico:** Tomar siempre muestra de sangre; además, tomar muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado nasofaríngeo (HNF) hasta 7 días posteriores. Conservarlas refrigeradas hasta su derivación al laboratorio de referencia de la Ciudad, que debe realizarse dentro de las 48hs. posteriores a la toma. Todas las muestras deben ser estudiadas en forma simultánea para sarampión y rubéola.
- **Aislamiento del paciente:** Disponer el aislamiento del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios. En caso de requerir internación, se debe proceder al aislamiento respiratorio.
- **Del nivel operativo**

Cambio en el esquema de vacunación contra el sarampión

Publicado el 04/08/2018

Cambio en el esquema de vacuna contra el sarampión.

Vacunar contra el sarampión a niñas y niños de 6 a 11 meses de la Ciudad y de la región sanitaria sexta de la provincia de Buenos Aires.

Cabe aclarar que esta dosis, de carácter extraordinario, no deberá ser tomada en cuenta como dosis de vacuna de Calendario (a los 12 meses de edad y a los 6 años).

Entre esta dosis extraordinaria y la del calendario deberá existir un intervalo mínimo de un mes.

Vacuna contra la fiebre amarilla.

Publicado el 04/02/2018

Vacuna contra la fiebre amarilla.

La OMS recomienda fraccionar la dosis de vacuna para proteger a más personas.

Con sólo 1/5 de la dosis habitual la protección alcanzaría hasta 1 año.

Although more cases of yellow fever were recorded in Brazil in 2016–17, the recent outbreak has extended into a much larger area, including highly populated cities, making it more threatening to public health. These large cities are infested by *Aedes aegypti*, the urban yellow fever vector, which can transmit the disease from person to person. The number of people at risk is also increasing in other tropical regions, such as South America and Africa.

Due to a global shortage of the vaccine, in outbreak emergencies WHO recommends fractional dosing to protect more people by using less antigen in each dose. Whereas studies have shown that a fifth of the standard dose can provide the same immunity as the standard full dose for at least 12 months, it is not clear how long the immunity ultimately lasts.

En los pacientes mayores de 60 años hay mayor riesgo de encefalitis dentro de los 30 días posteriores a la administración de la vacuna de fiebre amarilla.

También hay mayor riesgo de falla multiorgánica e insuficiencia hepática.

Por lo tanto, no es recomendable vacunar a este grupo etario, y sí indicar correctamente las medidas de protección contra los mosquitos.

[http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736\(18\)30152.../fulltext...](http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736(18)30152.../fulltext...)

Cambios recientes en el manejo de la bronquiolitis

Publicado el 09/10/2018

La bronquiolitis comienza por lo general con episodios de rinorrea, febrícula y tos, luego se agregan taquipnea, taquicardia, sibilancias y rales.

En pacientes más comprometidos pueden observarse diferentes niveles de aleteo nasal, estridores, apneas y de retracción intercostal, hasta llegar a comprometer la alimentación (actitud durante la alimentación y volumen), hidratación, cambios de la conducta (irritabilidad y llanto), y del sueño del niño.

La taquipnea, Frecuencia respiratoria $> 70/'$, es el único signo que ha sido relacionado con enfermedad severa.

La medición de la oximetría de pulso continua, en varios trabajos de niños internados por bronquiolitis ha demostrado sobrevalorar la necesidad de oxigenoterapia, de asistencia respiratoria mecánica, y en varios trabajos ha mostrado retrasar las externaciones hospitalarias. Y en el caso de los niños evaluados en atención primaria, la oximetría de pulso no fue eficaz para predecir la progresión de la enfermedad.

(Calidad de la evidencia tipo C. Fuerza de la recomendación, débil)

El diagnóstico está basado en la historia clínica y el examen físico, por lo que no es necesario solicitar exámenes complementarios en pacientes con bronquiolitis típica.

(Calidad de la evidencia tipo B. Fuerza de la recomendación, fuerte)

En la evaluación del niño con bronquiolitis, las radiografías de tórax, los estudios de laboratorio y paneles virales, no deben ser solicitados de forma rutinaria a todos los pacientes.

(Calidad de la evidencia tipo B. Fuerza de la recomendación, moderada)

Algoritmo para evaluación y manejo de la bronquiolitis

Síntomas/ Acciones	Leves	Moderados	Severos
Conducta	Normal	Leve irritabilidad o irritabilidad intermitente	Incremento de la irritabilidad / letargo / fatiga
Ritmo respirato.	Normal o leve ↑	↑ del ritmo respiratorio.	Marcado ↑ o ↓.
Uso de músculos accesorios	Motilidad normal o leve retracción	Retracción de la pared, aleteo nasal, tironeo traqueal	Marcadas retracción parietal, aleteo nasal y tironeo traqueal.
Saturación de Oxígeno y requerimiento	Saturación >92% con aire ambiente	Saturación 90-92% con aire ambiente	Saturación <90% en aire ambiente. Hipoxemia que no puede ser corregida con oxigenación.
Episodios de apnea	Ninguno	Episodios leves que pueden ser autolimitados	Incremento de la frecuencia o apneas prolongadas.
Alimentación	Normal o levemente ↓	↓, pero puede tomar > 50% de su vol habitual.	↓↓, no logra tomar el 50% de su volumen habitual.

Decisión de alta con seguimiento, permanencia en guardia o internación	En buenas condiciones para el regreso a domicilio. Considerar F de R	Manejo en guardia y evaluación de internación luego de un período de observación.	Internar y considerar UTI.
Observación de signos vitales	Observación de FR, FC, saturación, etc	Reevaluación de signos vitales posterior a pautas de manejo a la hora del inicio.	Monitoreo de oxígeno y cardiorespiratorio continuo.
Hidratación/ Nutrición	Alimentar con poco volumen a intervalos frecuentes.	Si no se alimenta bien, ofrecer sonda NG o hidratación IV.	Si no se alimenta bien, indicar sonda NG o hidratación IV.
Oxigenación	No requiere.	No requiere, o administrar para mantener saturación >92%.	Mantener saturación >92%.
Soporte respiratorio		Si la intervención no fue eficaz considerar cánula nasal con oxígeno.	Considerar cánula nasal con oxígeno o CPAP.
Seguimiento	Considerar seguimiento precoz después del alta sobre todo si hay F de R	Decidir internación de acuerdo a parámetros clínicos, sociales o geográficos.	Decidir internación si la severidad no mejora, desaturación persistente o persistentes apneas

Algunas aclaraciones sobre el Tratamiento

- No administrar agonistas β 2**, (Evidencia tipo B, nivel de recomendación, fuerte)
- No administrar adrenalina**, (Evidencia tipo B, nivel de recomendación, fuerte)
- No administrar nebulizaciones con solución hidrosalina** en instancias de atención primaria, (Nivel de evidencia tipo B, fuerza de la recomendación, moderada); pero sí a niños internados por bronquiolitis, (Nivel de evidencia tipo B, fuerza de la recomendación, débil).
- No administrar corticoides inhalatorios ni sistémicos**, en ningún nivel de atención. (Nivel de evidencia tipo A, fuerza de la recomendación, fuerte).
- Oxigenoterapia**: se puede optar por no usar oxigenoterapia si el niño posee saturación $>92\%$ respirando aire ambiente. Debe ser indicado cuando la saturación es $<92\%$ de forma persistente. La administración mediante cánula nasal debe ser considerada cuando la clínica es moderada o severa.
- No ofrecer fisioterapia kinésica a los niños internados por bronquiolitis. (Nivel de evidencia tipo B, fuerza de la recomendación, moderada)
- En los niños con diagnóstico de bronquiolitis, se recomienda **no administrar antibióticos**, exceptuando si hay coinfección bacteriana, o fuerte sospecha de ella. (Nivel de evidencia tipo B, fuerza de la recomendación, fuerte)
- Se debe indicar sonda nasogástrica y rehidratación intravenosa a los pacientes con bronquiolitis que no puedan mantener la hidratación oral. (Nivel de la Evidencia X⁽¹⁾, fuerza de la recomendación, fuerte)
(1) Situación excepcional donde los estudios de validación no pueden ser realizados pero hay claros beneficios con relación a los riesgos

Bibliografía

- New South Wales (NSW) Health: Clinical practice guideline for infants and children – Acute management of bronchiolitis (2018) disponible en https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2018_001.pdf
- American Academy of Pediatrics (AAP): Clinical practice guideline – The diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis (2014) disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/134/5/e1474.full.pdf>. Shawn L. Ralston, Allan S. Lieberthal. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of bronchiolitis. Pediatrics 2014;134:e1474.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Guideline on bronchiolitis in children – Diagnosis and management (2015), disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9/resources/bronchiolitis-in-children-diagnosis-and-management-51048523717>

Obesidad infantil.

Publicado el 16/05/2018

El **sobrepeso** y la **obesidad infantil** afecta hoy a más de la tercera parte de la población mundial infantil. Si bien existen múltiples modelos de abordaje para ofrecer solución a las familias con niños con este problema, los **programas para manejo de la obesidad** son considerados hoy el gold standard de tratamiento.

Esta estrategia consiste en ofrecer **a los pacientes y sus familias** el abordaje por un equipo formado por múltiples especialistas, que ofrecerán información a niños y padres sobre alimentación, dietas, actividad física, evaluación de problemas de conducta, etc.

Pero dichos programas cuentan con muchas debilidades. En primer lugar no son fáciles de encontrar, muy pocas instituciones cuentan con ellos, sobretodo en nuestro medio. Es muy difícil que las familias quieran participar en forma prolongada, porque además son caros, y en general los familiares no se adhieren a las indicaciones para adultos, porque consideran que las intervenciones deben ser practicadas solo por los niños.

En esta oportunidad les comentamos un trabajo realizado en San Diego, durante 2011-2015, en el que enrolaron a 150 familias con **niños obesos de entre 8 a 12 años**, y los randomizaron a participar de dos ramas:

FBT: la rama familiar, en la que padres e hijos recibían toda la intervención. Versus,

PBT: la rama parental, en la que la intervención era aplicada, sólo, sobre los padres de los niños obesos, mientras los niños no participaban.

El **objetivo** fue determinar si el abordaje en el grupo PBT consigue descenso de peso en los niños, sin diferencias con relación a la rama FBT luego de 24 meses de seguimiento.

Se randomizaban hacia cualquiera de los dos grupos, recibirían 20 encuentros de una hora a lo largo de 6 meses, en los que participarían padres y niños del grupo FBT, pero solo los padres del grupo PBT. Además todos los que debieron hacer las charlas grupales, tuvieron 30 minutos más sobre evaluación de la conducta alimentaria.

Los **resultados principales** fueron el peso, BMI y z BMI de los niños a los 6, 12 y 18 meses posteriores a finalizado el tratamiento.

Entre los **outcomes secundarios** evaluaban los mismos valores antropométricos de los padres, las calorías ingeridas, la intensidad y minutos de actividad física, y sobre la conducta alimentaria.

El **resultado** fue muy favorable, no hubo diferencias en la participación de cualquiera de los dos grupos, midiendo cada uno de los resultados primarios o secundarios, tanto a los 6, 12 o 18 meses de seguimiento.

Y los autores concluyen que este modelo podrá ser viable como alternativa para el abordaje de este problema tan complejo de manejar.

Este es el primer estudio que evalúa la “no inferioridad” de dos programas de seguimiento prolongado. Y los autores se terminan preguntando, ¿por qué los niños que no participan mejoran también?

La hipótesis podría ser porque los padres del grupo FBT, al participar de la intervención junto a sus hijos, le ponen menos energía a la educación y control del niño con relación a la alimentación y deportes, se relajarían otorgando la responsabilidad completa a los profesionales que coordinan la intervención, a diferencia de los padres del grupo PBT, quienes se hacen cargo por completo de transmitir las intervenciones a sus hijos, y por lo tanto serían más activos en los controles.

Effect of Attendance of the Child on Body Weight, Energy Intake, and Physical Activity in Childhood Obesity Treatment A Randomized Clinical Trial.

Kerri N. Boutelle, PhD; Kyung E. Rhee, MD, MSc, MA; June Liang, PhD; Abby Braden, PhD; Jennifer Douglas, PhD;

David Strong, PhD; Cheryl L. Rock, PhD, RD; Denise E. Wilfley, PhD; Leonard H. Epstein, PhD; Scott J. Crow, MD.

JAMA Pediatr. 2017;171(7):622-628. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0651

Published online May 30, 2017.

¿Cuál es el mejor tratamiento para el trastorno autista?

Publicado el 15/06/2018

El autismo, o mejor dicho, el trastorno del espectro autista, está aumentando su prevalencia debido a que las herramientas para el rastreo han mejorado mucho, los programas de rastreo en población sana se practican cada vez (aunque no hay consenso sobre la recomendación de hacerlo), y por la información general, los padres avisan precozmente al notar anormalidades en el desarrollo del niño.

Aunque hasta la fecha, no existen terapias psicofarmacológicas que traten efectivamente los síntomas de sus diferentes dominios, la intervención conductual intensiva primaria, (EIBI), practicado durante varios años, en forma continua, a razón de 20 a 40 horas semanales, es el tratamiento más efectivo conocido, y del cual Cochrane ofrece esta nueva revisión (actualiza su trabajo del 2009).

El objetivo de la siguiente Revisión Sistemática consiste en revisar sistemáticamente la evidencia de la efectividad de EIBI para mejorar conducta y habilidades funcionales, disminuir la severidad de los síntomas, y mejorar las habilidades de inteligencia y comunicación para los niños pequeños. Buscaron información en CENTRAL, EMBASE, MEDLINE y 12 bases de datos más.

Seleccionaron trabajos clínicos controlados (ECC), aleatorizados (ECA) y cuasi-aleatorizados, en donde los pacientes deberían ser incluidos antes de los 6 años de edad, a recibir EIBI, o tratamiento habitual. Sintetizaron los resultados de los cinco estudios utilizando un modelo de meta-análisis de efectos aleatorios, con un tamaño del efecto de diferencia media (MD) para los resultados evaluados en escalas idénticas y una diferencia de medias estandarizada (SMD) tamaño del efecto (Hedges 'g) con una pequeña muestra de corrección para los resultados medidos en diferentes escalas. Calificaron la calidad de la evidencia usando el enfoque GRADE.

Seleccionaron 5 estudios, con 213 niños, 116 recibieron EIBI, y 103 tratamiento estándar. Tres estudios eran de EEUU y dos de Reino Unido; los niños tenían entre 30 y 42 meses al ingresar, y la duración del seguimiento fue de entre 24 y 36 meses.

Como resultado observaron que hay evidencia de baja calidad de que el tratamiento con EIBI mejora el comportamiento adaptativo, y disminuye los síntomas en comparación con el tratamiento habitual. No se informaron efectos adversos. Entre los resultados secundarios, hay evidencia de baja calidad de que mejoró el cociente intelectual, expresivo, receptivo y las habilidades del lenguaje, y bajó la conducta problemática con respecto al tratamiento habitual.

Si bien la fuerza de la evidencia de esta revisión es baja, porque la mayoría de los trabajos son pequeños y el diseño no es el óptimo porque se incluyeron estudios no aleatorizados y con sesgo de selección, es probable de que el impacto en el desarrollo de la vida de estos niños y su familia sea muy importante. Mejorar el diseño de los futuros estudios, para mejorar la recomendación.

[Reichow B1](#), [Hume K](#), [Barton EE](#), [Boyd BA](#). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 9;5:CD009260. doi: 10.1002/14651858.CD009260.pub3.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29742275>

Las redes sociales y los niños.

Publicado el 28/01/2018

Las redes sociales son una parte cada vez más común e integral de las vidas de las personas, incluidas las de los niños, la edad mínima de acceso a algunas plataformas es de 13 años.

El alcance de las redes sociales ha superado la investigación sobre los posibles beneficios y daños para los usuarios más jóvenes.

Para abordar esta brecha, la Comisión de protección de los Niños en Inglaterra, publicó “Life in likes” el 4 de enero, para explorar la experiencia en redes sociales de niños de 8 a 12 años. [1]

El informe se basa en tareas digitales y entrevistas con 16 niñas y 16 niños en pequeños grupos focales de diferente origen étnico, religión, residencia urbana y rural y nivel socioeconómico.

El informe examina cómo los niños acceden y usan las redes sociales, las alegrías y las tristezas que les producen, las interacciones en línea con sus compañeros y cómo los patrones de uso evolucionan a medida que los niños crecen de la escuela primaria a la secundaria. En ese informe, se hacen recomendaciones para mejorar el bienestar infantil para los padres, las escuelas, las empresas y el gobierno.

Los niños informaron que las redes sociales fueron divertidas, estimularon la creatividad y ayudaron a fomentar las relaciones, particularmente con familiares y amigos remotos; aunque los encuentros cara a cara todavía fueron valorados.

Recomendaciones:

“Life in likes” establece una serie de recomendaciones para minimizar el riesgo y abordar las necesidades de los niños y su seguridad emocional en línea.

1. Los padres deben proporcionar pistas sobre el uso de los niños a través de su propio comportamiento en línea, incluida la desconexión y el equilibrio con las actividades fuera de línea.
2. Que no se les permita a los niños acceder a las propias cuentas de los padres, para no exponerse a lenguajes y temas inapropiados para la edad.
3. Que los padres les pregunten si los niños desean que se comparta fotos en su cuenta ya que muchos niños lo encuentran angustiante y a la vez se sienten impotentes para decirlo.
4. Enfatizar la alfabetización digital en la escuela y en el hogar.

Las compañías privadas internacionales que operan estos espacios públicos deberían brindar sitios seguros y enriquecedores para los usuarios más jóvenes. Hacer un mejor trabajo de vigilar el cumplimiento de las restricciones de edad. Como las personas ahora usan las redes sociales a lo largo de sus vidas, deberían tener la libertad de manejar su propio material y eliminar los elementos que ya no consideren apropiados.

[1] <https://www.childrenscommissioner.gov.uk/pub.../life-in-likes/>

Los niños y las pantallas.

Publicado el 12/02/2018

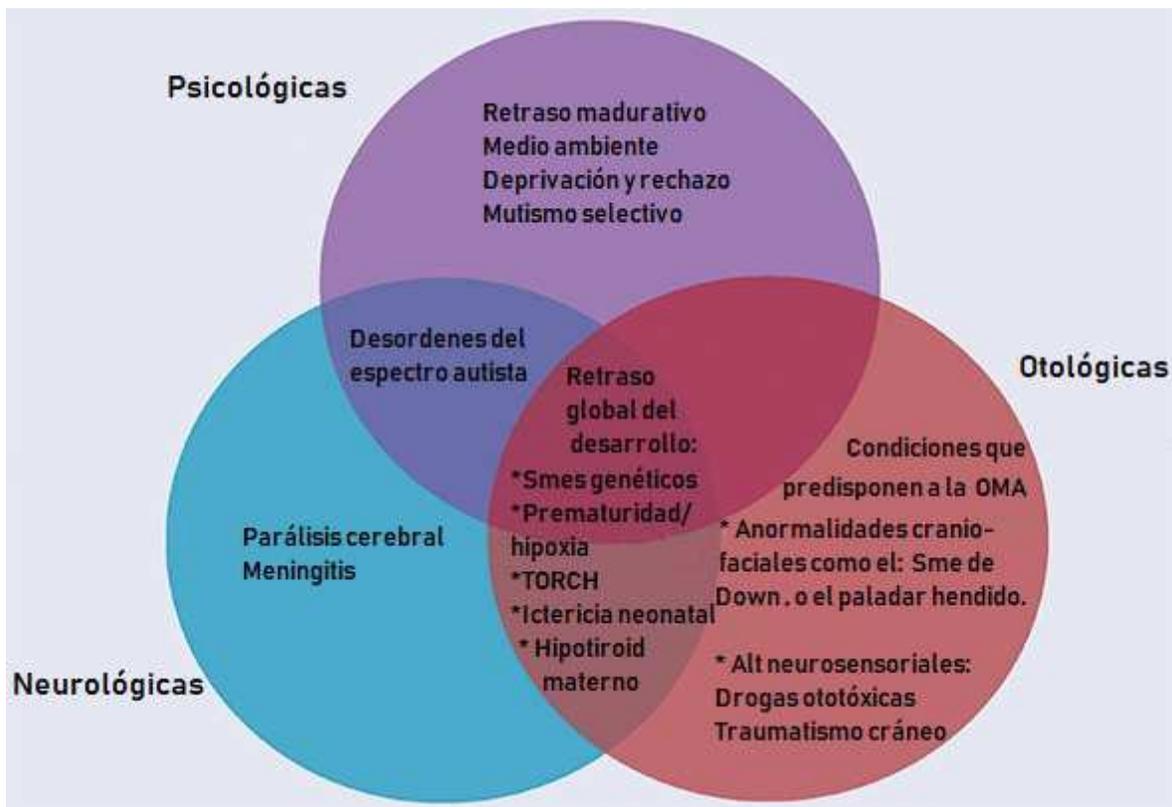
Son muchos los trabajos que concluyen en limitar el uso de las pantallas en los niños. Les compartimos también el documento de la Sociedad Canadiense de Pediatría que mencionan en este video.

<https://www.facebook.com/fundacionmf/videos/937603789736488/UzpfSTI0OTgyMDM0ODM4MzkzMDoxODA2MDEyNjMyNzY0Njg2/>

<https://www.cps.ca/.../position/screen-time-and-young-children>

Causas de retraso en el habla y en el lenguaje.

Publicado el 15/02/2018



<http://bjgp.org/content/68/666/47>

Faringitis aguda.

Publicado el 03/06/2018

Serie: Te cuento un paciente

Me llega un mensaje:

"... Hola Doc, mis hijas (8 y 4 años) y yo estuvimos y estamos aún con el mismo cuadro de mocos y dolor de garganta. No fiebre ni ganglios.

Las lleve a la guardia y a una le mandaron un hisopado de fauces y a la otra no. Le dio positivo.

Y la pediatra me dijo que por las dudas nos lo hagamos las dos.

¿Yo debería también hacérmelo?

Espero tu respuesta.

Besos..."

Hay controversias entre los distintos países:

→ Reino Unido, Alemania, Bélgica y Holanda

Tanto en adultos como en niños sugieren que el diagnóstico y tratamiento NO son necesarios (a menos que el paciente tenga alto riesgo de complicaciones: antecedentes de Fiebre Reumática e inmuno compromiso, epidemias, paciente en mal estado general)

→ Canadá, Estados Unidos, Francia, Finlandia

- Sugieren tratamiento para prevenir FR

→ **Nueva Zelanda:** Con 2 criterios de riesgo para FR, lo tratan

¿Cuál es la prevalencia de Fiebre Reumática en el mundo?

500.000 casos anuales.

300.000 desarrollan cardiopatía reumática.

223.000 muertes anuales.

Europa del este <1/100.000

Países desarrollados 50/100.000

Italia: 4.1/100.000, sin cambios desde 1950

Respuesta:

Es muy probable que el resultado positivo sea de una portadora. Ya que no tiene fiebre ni tampoco adenopatías.

Recordá que el 80% de los cuadros son virales.

La probabilidad de desarrollar fiebre reumática es baja (aunque está en edad de mayor prevalencia).

Hisopar a la madre y a la hermana, ¿con qué fin?

Si son positivas, ¿las tratarías?

¿Y si se lo contagió de una compañerita del colegio?, ¿Irías al colegio a hisopar a todo el grado?

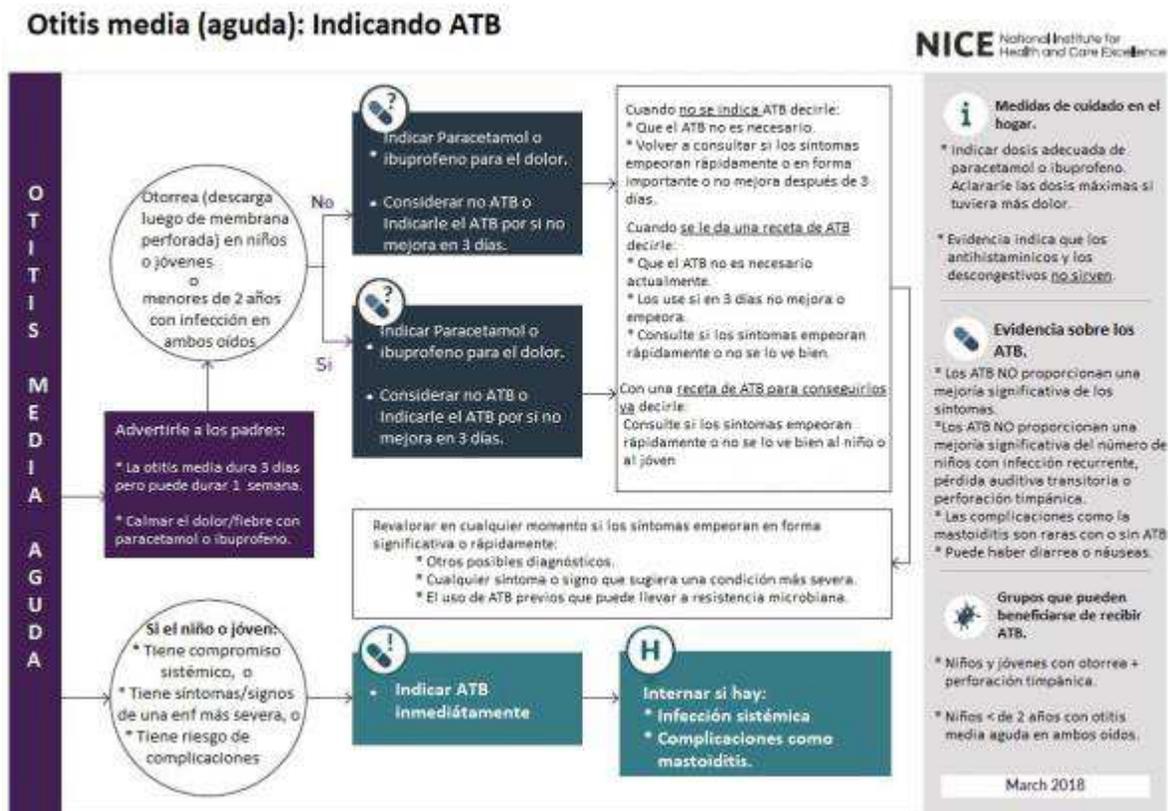
Los pacientes crónicamente colonizados por el STC B hemolítico de grupo A (portadores) tienen un riesgo muy bajo de desarrollar complicaciones supurativas (como por ejemplo un absceso periamigdalino) o no supurativas (como fiebre reumática) y presentan baja infectividad con lo cual es poco probable su diseminación a contactos cercanos. [1]

[1] Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2011 Jan. [[Resumen](#)] [[Texto Completo](#)]

Otitis media en niños.

Publicado el 22/04/2018

Actualización de la guía del NICE



Dolor abdominal recurrente en niños.

Publicado el 12/03/2018

Revisión Cochrane

Entre el 4 y el 25% de los niños sufren de dolor abdominal recurrente. El dolor abdominal recurrente es aquel dolor que no tiene otra causa identificable o diagnosticada. Es un diagnóstico de exclusión una vez que se han descartado todas las demás condiciones graves e importantes.

Es una consulta frecuente atención primaria, los padres frecuentemente han intentado de todo antes de consultar y, lamentablemente muchas veces, tenemos poco que ofrecer.

La siguiente revisión Cochrane [1] ha analizado los enfoques comunes del dolor abdominal recurrente en un intento de evaluar su efectividad.

Dieta y dolor abdominal recurrente

De los 19 estudios incluidos, se analizó el uso de probióticos, dietas altas en fibra, dietas bajas en ciertos subtipos de carbohidratos y dieta restringida en fructosa.

Los probióticos demostraron menor intensidad y frecuencia de dolor que los tratados con placebo hasta 3 meses (pruebas de baja calidad). Al analizar específicamente los niños en el subconjunto de intestino irritable, nuevamente los probióticos parecieron tener un efecto positivo en 4 estudios con evidencia de calidad moderada.

Cuando se considera dieta alta en fibras, 2 estudios demostraron que NO hubo cambios en la frecuencia o intensidad del dolor, pero de nuevo con evidencia de baja calidad.

Desafortunadamente, solo hubo un estudio para dietas bajas en hidratos y bajas en fructosa, por lo que los autores no pudieron agrupar ningún resultado.

Conclusión

Evidencia de calidad baja a moderada, por lo que es difícil poner demasiado peso sobre ellos. Lo que podemos decir es que los probióticos pueden ser beneficiosos en el dolor abdominal recurrente y probablemente tengan un efecto en aquellos con el subtipo de dolor tipo colon irritable.

Intervenciones farmacológicas para el dolor abdominal recurrente

Estos van desde antiespasmódicos a antidepresivos, antibióticos a antihistamínicos. En general, la calidad de la evidencia fue baja o muy baja y no se pueden sacar conclusiones.

Intervenciones psicosociales para dolor abdominal recurrente en niños

Existen múltiples enfoques psicosociales que se pueden utilizar en niños con una amplia variedad de enfermedades. En el dolor abdominal recurrente, como en muchos trastornos del dolor, se cree que el factor psicógeno puede contribuir significativamente a la experiencia del dolor.

Terapia cognitiva conductual (TCC), hipnosis, imágenes guiadas y autorrevelación escrita.

La evidencia también fue de muy baja calidad y sugiere que la TCC puede tener éxito en el tratamiento de los niños a corto plazo, pero este efecto no persiste en el seguimiento a mediano o largo plazo.

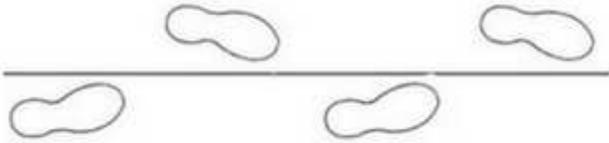
La hipnoterapia y las imágenes guiadas, (evidencia de baja calidad) también fue exitosa en el tratamiento, reducción en la frecuencia del dolor y la intensidad del dolor. Un estudio sugirió que estas mejoras pueden mantenerse hasta 5 años. Para el yoga y la revelación escrita, no hubo evidencia de una diferencia entre el grupo placebo y control.

[1] <http://www.evidentlycochrane.net/recurrent-abdominal-pain-.../>

No estudies ni trates a niños con inversión tibial.

Publicado el 27/06/2018

No indicar radiografías ni aconsejar soportes ortopédicos o cirugía **a niños menores de 8 años** con marcha en intraversión (dedos de los pies hacia dentro).



El leve contacto de los dedos del pie suele ser un **fenómeno fisiológico** que refleja la maduración continua del esqueleto.

El metatarso en aducción, la anteversión femoral y la torsión tibial contribuyen al cuadro y en la gran mayoría mejoran con el crecimiento.

El simple monitoreo clínico de la marcha del niño a intervalos regulares es adecuado **hasta los 7-8 años de edad**, a menos que haya tropezones, caídas o asimetría.

No es posible alterar la evolución natural usando fisioterapia, aparatos ortopédicos o plantillas para zapatos.



<http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/aap-posna-bracing-or-surgery-for-child-under-8-with-simple-in-toeing-gait/>

Diagnóstico de enfermedad celíaca, en niños asintomáticos, solo con serologías.

Publicado el 31/08/2018

Hace unos meses atrás publicamos un artículo en el que te contamos que en **niños con sospecha de enfermedad celíaca**, es posible hacer el diagnóstico de enfermedad celíaca (EC) usando la serología, y sin hacer uso de las endoscopías. Si no lo recordás, te dejamos en este link aquel artículo: http://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=5134

Esta es una iniciativa de la ESPGHAN, y ahora van por mucho más, en el siguiente artículo te muestro como la iniciativa fue llevada también a la **población asintomática** de niños. La pregunta es: ¿se puede hacer diagnóstico de enfermedad celíaca en niños asintomáticos, solo con serología y sin hacer endoscopías y biopsia?

Para contestar la pregunta se organizó el siguiente estudio. El **objetivo** era evaluar si la serología es útil para hacer diagnóstico de enfermedad celíaca, en pacientes asintomáticos, en poblaciones de alta prevalencia. Desde marzo de 2007 hasta febrero de 2017, se obtuvieron datos prospectivos sobre el título anti-tTG, (anti-transglutaminasa), la edad, el sexo y el motivo de la endoscopia diagnóstica de todos los niños asintomáticos diagnosticados con EC. Se analizó la relación entre la clasificación histológica de la clasificación Marsh-Oberhuber modificada y los títulos anti-tTG.

Un total de 157 niños asintomáticos, de entre 0 a 17 años de edad, fueron diagnosticados con enfermedad celíaca mediante biopsia del intestino delgado. No se conocía nada de su condición intestinal por estar asintomáticos hasta ese entonces, y se les ofreció rastreo por presentar diabetes tipo 1, o por tener familiares cercanos con la enfermedad, por tener hepatitis autoinmune, síndrome de Turner o Down, etc. Un subgrupo de ellos, precisamente 73, tenían anticuerpos positivos pero con títulos menores a $\times 10$ del límite normal. El subgrupo de 84 restantes (53.5%) tenían anti-tTG $> 1 \times$ LN (normal < 10 IU / mL) y 75 de éstos eran de grupos de alto riesgo. Todos tenían evidencia histológica definitiva (Marsh-Oberhuber 3a-3c) de enteropatía del intestino delgado. Cincuenta y tres de éstos tenían anti-tTG > 200 UI / ml y la atrofia vellosa total estaba presente en 29 de 53 (55%). La edad promedio en el momento del diagnóstico fue de 8,8 años.

Los 75 niños asintomáticos de grupos de alto riesgo con anti-tTG $> 10 \times$ LN tenían EC demostrada por histología. Este estudio proporciona más evidencia de que las pautas para diagnosticar EC mediante la vía serológica deben extenderse a estos niños. **La serología es altamente sensible, específica, más barata que la biopsia y no invasiva.** El diagnóstico serológico no es invasivo y ahorra £ 1275 por niño en el Reino Unido. El estudio proporciona más evidencia que respalda la propuesta de modificar todas las guías para recomendar que los niños asintomáticos con título de transglutaminasa anti-tejido > 10 veces el límite superior de la normalidad puedan ser diagnosticados siempre que tengan anticuerpos antiendomiosio (+), y HLA-DQ2 / DQ8.

La prevalencia en niños menores de 7 años es de 1%, aunque el 90% permanece asintomático. El cribado inicial incluye el dosaje de Ig A, porque la prevalencia de déficit de Ig A es del 1% en población general. Las directrices propuestas por la ESPGHAN recomiendan que en los niños sintomáticos cuyo título anti-tTG en el cribado sea > 10 veces el límite superior de lo normal ($> 10 \times$

LSN), se pueda realizar un diagnóstico de CD por vía serológica por un especialista sin la necesidad de una biopsia de intestino delgado, siempre que también tengan un resultado positivo para EMA y tengan un haplotipo HLA-DQ2 / DQ8 positivo.

Las pautas de ESPGHAN establecen que todos los demás niños, que se sospecha tienen una EC, necesitan un diagnóstico histológico basado en biopsias endoscópicas del intestino delgado, tomadas con una dieta normal que contenga gluten (1,4).

Esto aplica al siguiente grupo:

1-Todos los niños asintomáticos que resulten positivos en el cribado de CD de grupos de alto riesgo o de forma incidental independientemente de su título anti-tTG.

2-Niños sintomáticos para CD pero cuyo título anti-tTG es $<10 \times$ LSN.

3-Niños que tienen deficiencia de Ig A y tienen síntomas sugestivos de CD.

4-Niños sintomáticos para EC y con anti-tTG $> 10 \times$ LSN pero negativos para HLA-DQ2 / DQ8 genotipo.

La amigdalectomía puede generar efectos adversos a largo plazo

Publicado el 11/09/2018

La amigdalectomía, y la adenoidectomía, son de los procedimientos quirúrgicos más comunes practicados en la infancia. Antes de la década del 60 era difícil encontrar niños que no hayan estado sometidos a alguno de éstos. En aquel entonces, la indicación más frecuente era la faringitis aguda y su recurrencia. Se suponía que con la extracción de las amígdalas el niño ganaba calidad de vida, porque se pensaba que disminuía su recurrencia, el dolor, los días de ausentismo escolar, y de ausentismo laboral en los padres.

En los días de hoy la situación cambió mucho, la amigdalectomía está indicada primeramente como tratamiento de las apneas del sueño de forma absoluta. Y de forma relativa ante la presencia de anginas a repetición, trastornos deglutorios, fonatorios, abscesos, etc. Así se publicó en la *Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in children, de la Otolaryngology, Neck and Head Surgery en el 2011*, disponible en http://oto.sagepub.com/content/144/1_suppl/S1.

El número absoluto de amigdalectomías bajó sensiblemente desde que la faringitis recurrente pasó a ser una indicación relativa. Actualmente se trata de ofrecer conducta expectante durante un período prolongado (12 meses) antes de decidir operar, ya que las recidivas disminuyen espontáneamente, y a largo plazo, no se observan diferencias entre los operados y los no operados, (en el corto plazo sí, la cirugía tiene efecto contundente).

Anna Morad. Tonsillectomy vs Watchful Waiting for Recurrent Throat Infection: A Systemic Review. Pediatrics 2017; 139.

Otro de los incentivos para operar era que, la cirugía presentaba una tasa muy baja de efectos adversos y complicaciones. Las hemorragias y complicaciones infecciosas, (en el corto plazo posterior a la intervención) muy peligrosas, eran muy poco frecuentes de ver. Y se consideraba que no había complicaciones a largo plazo.

Recientemente se publicó un trabajo observador en donde la intervención, tiene efectos adversos a largo plazo. Como no estaba claro si los paciente operados tienen más riesgo de enfermedades respiratorias y alérgicas más adelante en la vida, desarrollaron este estudio, el más grande hasta la fecha que intenta contestar esta pregunta, involucrando a más de 1 millón de niños nacidos en Dinamarca [1] entre el 79 y 99, que fueron seguidos por 10 a 30 años luego de recibir amigdalectomía (11.830), adenoidectomía (17.460) y adenoamigdalectomía (31.377) antes de los nueve años de vida. Todos éstos, tuvieron tasas más altas de enfermedades respiratorias y alérgicas (asma, eczema, infecciones respiratorias altas y bajas), con respecto a aquellos que no se operaron.

Concluir que la cirugía misma aumentó el riesgo de estas afecciones sigue siendo incierto. La asociación observada puede explicarse por factores subyacentes que predisponen tanto a afecciones comúnmente tratadas con amigdalectomía y adenoidectomía (como apnea obstructiva del sueño, otitis media recurrente) o como a otras enfermedades respiratorias y alérgicas.

Como era de esperar, las tasas de trastornos del sueño a largo plazo (p. Ej., Apnea obstructiva del sueño) fueron menores en los niños sometidos a adenoidectomía, y las tasas de amigdalitis a largo plazo fueron menores en los niños sometidos a amigdalectomía o adenoamigdalectomía. Si bien

este estudio sugiere que los niños que se someten a amigdalectomía y / o adenoidectomía pueden estar en riesgo de desarrollar enfermedades respiratorias y alérgicas a posteriori de operarse, no establece la causalidad, y es posible que estos hallazgos se puedan deber a factores de confusión o causalidad inversa.

[1] *Byars SG, Stearns SC, Boomsma JJ. Association of Long-Term Risk of Respiratory, Allergic, and Infectious Diseases With Removal of Adenoids and Tonsils in Childhood. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2018; 144:594.*

TEC en niños

Publicado el 16/11/2018

Recientemente la CMAJ [1] publicó sus recomendaciones del manejo del traumatismo encéfalo craneal (TEC) en niños.

Algunos conceptos:

- En el TEC las recomendaciones de manejo son reposo físico y cognitivo pero el mismo puede afectar la recuperación.
- Nuevas recomendaciones hablan de volver a la actividad física (deportes que no requieran contacto) en niveles bajos y crecientes (caminar, leve trote, bicicleta) pueden ser beneficiosos.
- Es importante las respuestas de los pacientes y los familiares sobre cómo se sienten para guiar el manejo clínico.

El traumatismo encéfalo craneano (TEC) es un evento muy común en la infancia. Constituye hasta el 2% de las consultas a las centrales de emergencia, y se presenta a lo largo de la infancia haciendo un pico bimodal, entre los menores de dos años, y en la adolescencia. Los TEC son producidos por fuerzas mecánicas de diferente intensidad, puede generar daño cerebral o de las estructuras que rodean al cerebro. Aunque la gran mayoría de ellos son menores, y no generarán injurias ni secuelas en el niño. Pero la consideración del evento en un niño preverbal, disminuye la posibilidad de interpretar sus implicancias clínicas, por eso, el TEC leve, en niños, tiene diferentes definiciones, según la edad del paciente.

- <2 años: antecedentes o signos físicos de golpes sobre el cuero cabelludo, cráneo o cerebro, de un niño que está vigil y alerta.(1)
- >2 años: definido según la escala de Glasgow entre 14 y 15; sin hallazgos anormales al examen físico y sin foco neurológico. (2)

La conmoción cerebral es un TEC leve también, porque el paciente puede tener una leve y transitoria disfunción cerebral (confusión o pérdida de la memoria), sin cambios en la tomografía.

Los mecanismos de lesión son muy importantes al definir el riesgo de gravedad.

Cuando las lesiones son por **aceleración** (el niño que está quieto, y recibe el impacto de un proyectil que golpea a velocidad contra su cabeza), en general provoca lesiones de menor impacto, como contusiones superficiales, y raras veces hematomas cerebrales.

Las lesiones por **desaceleración**, cuando la cabeza en movimiento impacta contra una superficie quieta (chocar corriendo contra una pared), aumenta el riesgo de lesiones en el tronco cerebral. Y

cuando se sacude la cabeza del niño a repetición, se generan lesiones por aceleración y desaceleración que pueden generar daños cerebrales múltiples, incluso hematomas subdurales. (3)

Se consideran de mayor riesgo también los traumatismos producidos por caídas mayores a los 90 cm de altura en los menores de dos años; y de alturas superiores al metro y medio en los mayores de años.

También son considerados de alto riesgo los producidos por accidentes automovilísticos y los generados por violencia familiar, porque estos niños seguirán siendo maltratados por su cuidadores en lo sucesivo. (4)

El TEC leve genera muy pocos síntomas, pero muy variables, y todos pueden ser indicadores de daño cerebral. El más frecuente es el **dolor de cabeza**, que está presente casi en la mitad de los casos y en los menores de dos años la irritabilidad en la conducta podría ser un equivalente a dolor. El dolor/irritabilidad tiene una correlación moderada con el daño cerebral y es preocupante si persiste o empeora con el tiempo. Es de poco rigor como único síntoma presente resultante de la contusión. (5,6)

La **pérdida de conciencia** ocurre en el 5% de los casos de los <2 años y hasta el 13% de los >2 años. La duración del síntoma es la clave. Los que pierden la conciencia por períodos menores a 5 segundos tienen riesgo de daño cerebral menor al 1%, mientras que los que hacen períodos más largos tienen una correlación superior, >5 minutos equivale a 4% de riesgo. (7)

Los **hematomas de cuero cabelludo** pueden ser indicadores de riesgo. En general, los que midan más de 3 cm, y se encuentren en zonas no frontales, tienen mayor riesgo de daño cerebral. El 13% de los niños con TEC puede tener **vómitos** posteriores, aunque no está claro si la cantidad de episodios tiene relación con el riesgo, el aumento o la aparición tardía no se relacionan con daño cerebral. Pero la presencia de vómitos, junto a otros síntomas sí empeora el riesgo. (8)

La presencia de **fractura de cráneo** aumenta el riesgo de daño cerebral. Por lo tanto deberán quedar en observación o internados, todos los niños con TEC leve con sospecha de fractura (hundimiento craneal, otorrea u otorragia, hematoma mastoideo, rinorrea o rinorragia, hemotímpano y hematomas palpebrales. La presencia de hematoma y de localización no frontal aumenta el riesgo de fractura de cráneo.

El desafío en la evaluación de niños con TEC leve es identificar a aquellos pacientes con lesión cerebral que pueden requerir una intervención inmediata o seguimiento cercano, sin exponer a los pacientes a la neuroimagen innecesaria. Como en los niños con TEC leve, no existe ninguna combinación de síntomas que sea sensible y específica para la detección de daño cerebral, los hallazgos clínicos pueden ayudar a clasificar el riesgo en leve, moderado o alto, y determinar así la conducta a seguir.

Las primeras reglas de decisión, como CATCH o CHALICE (9,10, 11 y 12), son muy sensibles para niños con TEC severo, pero pierden mucha precisión en niños moderados y leves. Entonces se

pensó desarrollar una escala al revés, que sirviera para detectar niños con bajo riesgo de daño cerebral, para descartar la necesidad de solicitar neuroimágenes. Para ello, la regla PECARN, desarrollado de forma multicéntrica de atención primaria y emergencias, y con más de 42.000 pacientes seguidos en forma prospectiva, demostró 100% de sensibilidad para la detección de daño cerebral en menores de 2 años, y de 97% de sensibilidad en los mayores de 2 años; y VPN de 100% para <2 años, y 99,9% para >2 años.

El uso es sencillo, el niño que tenga criterios de **bajo riesgo** no necesitará neuroimágenes, y será dado de alta, con recomendación a los padres de evaluación de las pautas de alarma.

Quienes califiquen como de **riesgo moderado** serán observados hasta 6 horas, si no cedieron los síntomas, para decidir sobre la solicitud de imágenes o no.

Y los niños con **alto riesgo** serán evaluados con imágenes a la brevedad.

	Bajo riesgo	Mediano riesgo	Alto riesgo
Menores de 2 años	<p>Estado mental normal. Hematoma frontal. Pérdida de conocimiento menor de 5 segundos. Sin evidencia de fractura. Comportamiento normal. Mecanismo de bajo riesgo.</p>	<p>Vómitos auto limitados. Pérdida de conocimiento breve. Historia de letargia o irritabilidad ya resuelta. Comportamiento referido como anormal por parte del cuidador.</p>	<p>Sospecha de maltrato. Signos de foco neurológico. Fractura de cráneo. Letargia o irritabilidad. Fontanela abombada. Vómitos persistentes. Convulsión. Pérdida de conocimiento (especialmente con otros síntomas)</p>
Niño de 2 años o más	<p>Estado mental normal. Pérdida de conocimiento de menos de 5 segundos. Sin evidencia de fractura. Comportamiento normal. Mecanismo de bajo riesgo. No cefalea severa.</p>	<p>Vómitos auto-limitados. Pérdida de conocimiento dudosa. Cefalea. Mecanismo de alto riesgo.</p>	<p>Signos de foco neurológico. Fractura de cráneo. Letargia o irritabilidad. Convulsión. Pérdida de conocimiento (especialmente con otros síntomas).</p>

La regla PECARN demostró también alta satisfacción médica con la regla (96%), alta adherencia a la regla (94%), alta capacidad de detección del niño con daño cerebral en primera visita y aumento marginal del uso de tomografías (no significativo). (13)

Hay que resaltar que la recomendación de practicar una tomografía será indiscutida ante la presencia de sospecha de maltrato infantil, signos de foco neurológico, signos de fractura de

cráneo, alteración de conciencia o pérdida de la conciencia mayor a 5 segundos, fontanela tensa y vómitos persistentes.

[1] <http://www.cmaj.ca/content/190/supplement/S28>

1. Schutzman SA, Barnes P, Duhaime AC, et al. Evaluation and management of children younger than two years old with apparently minor head trauma: proposed guidelines. *Pediatrics* 2001; 107:983.
2. Schutzman SA, Greenes DS. Pediatric minor head trauma. *Ann Emerg Med* 2001; 37:65.
3. Duhaime AC, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Nonaccidental head injury in infants--the "shaken-baby syndrome". *N Engl J Med* 1998; 338:1822.
4. Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, et al. Identification of children at very low risk of clinically important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. *Lancet* 2009; 374:1160.
5. Pandor A, Goodacre S, Harnan S, et al. Diagnostic management strategies for adults and children with minor head injury: a systematic review and an economic evaluation. *Health Technol Assess* 2011; 15:1.
6. Dayan PS, Holmes JF, Hoyle J Jr, et al. Headache in traumatic brain injuries from blunt head trauma. *Pediatrics* 2015; 135:504.
7. Lee LK, Monroe D, Bachman MC, et al. Isolated loss of consciousness in children with minor blunt head trauma. *JAMA Pediatr* 2014; 168:837.
8. Burns EC, Grool AM, Klassen TP, et al. Scalp Hematoma Characteristics Associated With Intracranial Injury in Pediatric Minor Head Injury. *Acad Emerg Med* 2016; 23:576.
9. Babl FE, Borland ML, Phillips N, et al. Accuracy of PECARN, CATCH, and CHALICE head injury decision rules in children: a prospective cohort study. *Lancet* 2017.
10. Babl FE, Oakley E, Dalziel SR, et al. Accuracy of Clinician Practice Compared With Three Head Injury Decision Rules in Children: A Prospective Cohort Study. *Ann Emerg Med* 2018; 71:703.
11. Lorton F, Poullaouec C, Legallais E, et al. Validation of the PECARN clinical decision rule for children with minor head trauma: a French multicenter prospective study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2016; 24:98.
12. Easter JS, Bakes K, Dhaliwal J, et al. Comparison of PECARN, CATCH, and CHALICE rules for children with minor head injury: a prospective cohort study. *Ann Emerg Med* 2014; 64:145.
13. Bressan S, Romanato S, Mion T, et al. Implementation of adapted PECARN decision rule for children with minor head injury in the pediatric emergency department. *Acad Emerg Med* 2012; 19:801.

Ecografía en la displasia congénita de cadera.

Publicado el 2/12/2018

- En febrero de este año la American Academy of Pediatrics – Section on Orthopaedics and the Pediatric Orthopaedic Society of North America emitió una recomendación en el Choosing Wisely acerca del rastreo con ecografía para la displasia congénita de cadera. [1]
- La displasia/luxación de cadera es relativamente rara, con una incidencia de aproximadamente 7/1.000 nacimientos. Los estudios han demostrado que los programas universales de detección de la inestabilidad de la cadera congénita que utilizan ecografía tienen muy poco rendimiento. Existe una alta tasa de falsos positivos (F(+)), con el consiguiente aumento de los tratamientos asociados.
- Cuando no hay hallazgos físicos o factores de riesgo subyacentes para la displasia/luxación de cadera en un recién nacido, la ecografía no está recomendada.
- Es costosa, requiere aparatología que en algunos lugares no está disponible y los hallazgos pueden ser engañosos para los padres y los médicos.

Esta recomendación está de acuerdo con el informe clínico de la Asociación Americana de Pediatría de 2016 sobre el uso de ecografía en la detección temprana de la displasia del desarrollo de la cadera.

[1] <http://www.choosingwisely.org/.../aap-posna-ultrasound-to-ru.../>

ITU baja recurrente en la mujer.

Publicado el 20/05/2018

Se consideran ITU recurrentes a ≥ 2 episodios en 6 meses o a ≥ 3 episodios en un año.

Se pueden utilizar varias estrategias para su tratamiento:

1. Profilaxis ATB:

Antibióticos a bajas dosis diarias, pueden evitar infecciones sintomáticas mientras se administran:

- Cefalexina 250 - 500 mg/d,
- Nitrofurantoína 100 mg/d, o
- Co-trimoxazol 40/200 mg/d.

Se recomienda basar la elección del ATB en urocultivos previos.

La duración es variable, generalmente se prolonga entre 6 y 12 meses.

2. ATB post coito:

Para las mujeres en las cuales los episodios de ITU coinciden con la actividad sexual, una dosis única de ATB puede ser efectiva para prevenir la infección.

3. Auto-tratamiento:

Las mujeres con ITU recurrentes también se pueden beneficiar con el inicio del tratamiento ATB ante la aparición de síntomas, sin consulta médica ni toma de urocultivo. Duración 3 días

En las siguientes 3 situaciones el urocultivo es mandatorio:

- ITU baja inicial con factores de riesgo para infección renal oculta.
- ITU en hombres.
- ITU recurrente.

Respuesta al tratamiento: No es necesario realizar un urocultivo “de control” luego de finalizado el tratamiento, excepto en embarazadas.

Estatinas en mujeres.

Publicado el 05/03/2018

Las mujeres que usan estatinas tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar diabetes mellitus (DM) cuando se comparan las mujeres que no lo hacen.

Este es uno de los resultados obtenidos del estudio Iniciativa de Salud de la Mujer (WHI) publicado en 2012 [1].

Las mujeres con IMC normal que toman estatinas tienen el doble de chance de ser DBT.

El Women Health Initiative (WHI) reclutó a 161.808 mujeres postmenopáusicas de 50 a 79 años en 40 centros clínicos de Estados Unidos entre 1993 y 1998.

Este estudio se basó en un análisis de los datos disponibles hasta 2005 de 153.840 participantes. 10.834 toman estatinas.

La edad promedio de todas las mujeres fue de poco más de 63 años.

Quienes tomaron estatinas tuvieron una incidencia de DBT 71% más alta que aquellos que no lo hacían. El mayor riesgo de DBT se observó para todos los tipos de estatinas. No hubo diferencias entre las estatinas de alta y baja potencia.

Una característica particularmente interesante de los resultados fue el riesgo relativamente alto de desarrollar DBT en aquellas que tenían un IMC de 25 o menos. Más del doble de riesgo de desarrollar DBT en comparación con los que no las tomaron. (RR 2.5)

No hay evidencia confiable que demuestre que el uso de estatinas en mujeres sea de alguna manera beneficioso para la salud.

[1] A L Culver et al (2012) Archives of Internal Medicine 177 (2) pp144-152

Endometriosis.

Publicado el 15/04/2018

Los síntomas de la endometriosis pueden ser variables, pero generalmente reflejan el área de afectación. Dichos síntomas pueden incluir los siguientes:

- Dismenorrea
- Sangrado abundante o irregular
- Dolor pélvico
- Dolor abdominal o lumbar
- Dispareunia
- Dolor a la defecación, a menudo con ciclos de diarrea y estreñimiento en asociación con su menstruación cuando la endometriosis involucra el colon rectosigmoideo
- Distensión, náuseas y vómitos
- Dolor inguinal
- Dolor en la micción y / o frecuencia urinaria pueden estar presentes si la vejiga o los uréteres están involucrados.
- Dolor durante el ejercicio

Debido a que la mayoría de los implantes de endometriosis se encuentran en el útero, los ovarios y el peritoneo posterior, la paciente generalmente presenta un historial de dolor pélvico progresivamente creciente y/o dismenorrea secundaria.

El dolor cíclico es el que acompaña al sangrado en el momento de la menstruación. Esto podría involucrar la vejiga (hematuria), el intestino (hematoquecia y defecación dolorosa), o, raramente, el sangrado en sitios poco comunes como el ombligo, la pared abdominal o el periné.

Ocasionalmente, las pacientes presentan una masa expansiva cíclicamente dolorosa en una cicatriz de cirugía pélvica; la escisión revela un foco de endometriosis. En una serie de casos grandes, el inicio promedio de dolor cíclico o no cíclico fue de 2.9 años después de la menarca.

Las adherencias intrapélvicas / intraabdominales son determinantes importantes del grado de dolor experimentado. El inicio del dolor generalmente precede al flujo en unos días y comienza a resolver en 1 a 2 días desde la menstruación. Los síntomas también suelen mejorar durante el embarazo y después de la menopausia; pueden reaparecer después del parto o si hay terapia de reemplazo hormonal posmenopáusica.

El punto más importante para recordar es que el grado de endometriosis visible no tiene ninguna correlación con el grado de dolor u otra alteración sintomática debido a que la ubicación y la profundidad de los implantes endometriales afectan la sintomatología.

El dolor se correlaciona con la profundidad de la infiltración del tejido (estaría más relacionado con el grado de inflamación peritoneal más que con el volumen de los implantes). En general, se cree que cuando los implantes se encuentran alrededor de la línea media el cuadro es más doloroso que cuando la enfermedad es más lateral. Además del dolor, las pacientes presentan síntomas inespecíficos de fatiga, malestar generalizado y trastornos del sueño.

Las exacerbaciones agudas son causadas por peritonitis química debido a la fuga de sangre de un quiste endometriósico.

Con el mapeo de dolor laparoscópico consciente, se descubrió que las lesiones dolorosas afectaban a los nervios espinales periféricos en lugar de a los nervios autónomos.

La dismenorrea secundaria ocurre dos veces más en las mujeres con endometriosis que en los controles. El dolor frecuentemente comienza antes de la menstruación. La endometriosis debe considerarse en una paciente que presenta dismenorrea significativa y se recomienda comenzar la terapia empírica.

Las pacientes que son sexualmente activas pueden informar dispareunia profunda que es peor en la fase premenstrual del ciclo.

La dispareunia profunda puede deberse a la cicatrización de los ligamentos uterosacros, a la nodularidad del tabique rectovaginal, a la obliteración del fondo de saco y / o a la retroversión uterina, lo que también puede ocasionar dolor de espalda crónico. Estos síntomas aumentan durante la menstruación. Las mujeres con infiltración profunda de los ligamentos uterosacrales tienen síntomas más severos de disfunción sexual.

Los síntomas cíclicos más infrecuentes incluyen hemoptisis (afectación pulmonar), convulsiones catameniales (lesiones endometriósicas en el cerebro) y hemorragia umbilical (implantes en el ombligo).

Ocasionalmente se produce obstrucción parcial o completa del intestino debido a la formación de adherencias o a una lesión circunferencial por endometriosis. La obstrucción ureteral y la hidronefrosis pueden ser el resultado de los implantes endometriales en el uréter o el efecto de masa de un endometrioma.

<https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui244CPG1007E.pdf>

Vulvovaginitis atrófica.

Publicado el 01/04/2018

Ni las tabletas vaginales de estradiol ni una crema hidratante vaginal parecen mejores que el placebo para los síntomas vulvovaginales en la menopausia

Unas 300 mujeres posmenopáusicas con al menos un síntoma vulvovaginal de moderado a severo (picaazón, dolor, sequedad, irritación o dolor con la penetración) fueron asignadas al azar para usar

- a. Comprimidos vaginales de estradiol a dosis bajas más un gel placebo
- b. Comprimidos vaginales de placebo más una solución vaginal no hormonal humectante (que contiene policarbofilo)
- c. Doble placebo durante 12 semanas.

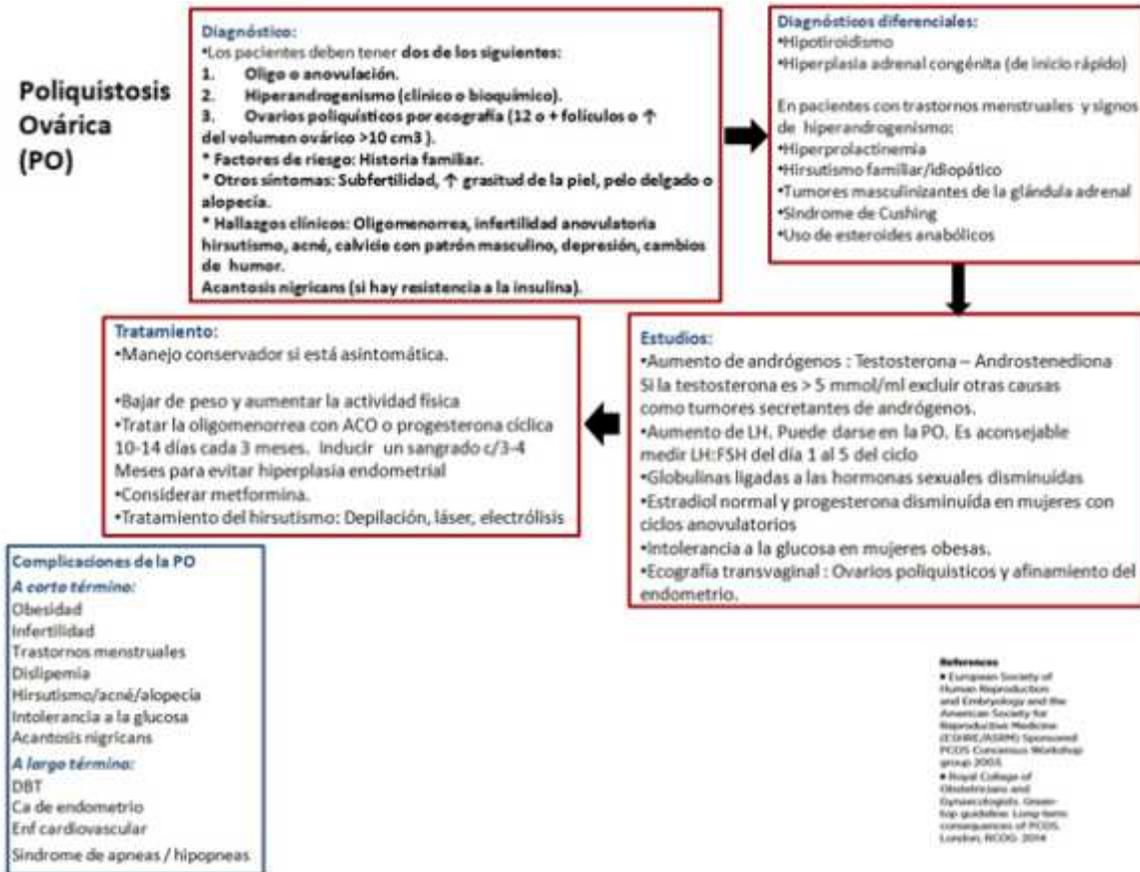
Al final del tratamiento, los síntomas habían mejorado algo en todos los grupos, pero no hubo diferencias significativas entre los grupos.

Las mujeres post-menopáusicas que experimentan síntomas vulvovaginales deben elegir el humectante o lubricante más barato disponible sin receta médica, al menos hasta que surjan nuevas pruebas que sugieran que hay algún beneficio de algún tratamiento sobre otro.

<https://jamanetwork.com/.../jamaint.../article-abstract/2674257...>

Poliquistosis ovárica.

Publicado el 13/05/2018



Rastreo de cáncer de ovario.

Publicado el 16/02/2018

La USPSTF actualizó las recomendaciones sobre rastreo de cáncer de ovario.

D

Recomendación en contra del rastreo de cáncer de ovario
La Fuerza de Tareas Americana (USPSTF) actualizó su
recomendación a población general asintomática.
Las pruebas diagnósticas no son precisas.
No mejora la sobrevida.
Expone innecesariamente a las mujeres a complicaciones
quirúrgicas.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2672638>

Cistitis recurrente: Aumentar la ingesta de agua.

Publicado el 02/10/2018

A menudo lo recomendamos como una medida preventiva para las mujeres con cistitis recurrente, pero hasta ahora había pocos datos de la evidencia.

Se realizó un ensayo aleatorio [1], abierto (no ciego), controlado, de 12 meses de duración.

Se estudiaron 163 mujeres sanas premenopáusicas con cistitis recurrente (≥ 3 episodios en el año anterior) que bebían menos de 1,5 lts de líquido evaluados diariamente para determinar su elegibilidad, 140 mujeres fueron asignadas al Grupo "Agua" o al Grupo Control.

Las evaluaciones de la ingesta diaria de líquidos, osmolaridad urinaria y síntomas de cistitis se determinaron al inicio del estudio, y se realizaron visitas de 6 y 12 meses y llamadas telefónicas mensuales.

Intervención

Las participantes fueron asignados aleatoriamente a beber, **además de su ingesta de líquidos habitual, 1,5 lts de agua/día** (grupo Agua) o sin líquidos adicionales (grupo Control) durante 12 meses.

Resultados principales y medidas

La medida de resultado primaria fue la **frecuencia de cistitis recurrente durante 12 meses**.

Los resultados secundarios fueron el número de regímenes antimicrobianos utilizados, el intervalo de tiempo medio entre los episodios de cistitis y las mediciones de hidratación urinaria de 24 horas.

Resultados

La edad media de los 140 participantes fue de 35,7 años y la media del número de episodios de cistitis en el año anterior fue de 3,3 (0,6). Durante el período de estudio de 12 meses, el **número medio de episodios de cistitis** fue de

Grupo Agua: 1.7 (IC 95%, 1.5-1.8)

Grupo Control: 3.2 (IC 95%, 3.0-3.4)

La diferencia en los promedios fue de 1.5 (95% IC, 1.2-1.8; $P < .001$).

En general, hubo **327 episodios de cistitis**,

Grupo Agua 111

Grupo Control 216

El **número medio de tratamiento ATB** utilizado para tratar los episodios de cistitis fue

Grupo Agua	1,9 (IC 95%, 1,7-2,2)
y	
Grupo Control	3,6 (IC 95%, 3,3-4,0),

con una diferencia de medias fue de 1,7 (IC 95%, 1,3- 2.1; $P < .001$).

El **intervalo de tiempo promedio entre los episodios de cistitis** fue de

Grupo Agua	142.8 días (IC 95%, 127.4-160.1)
y	
Grupo Control	84.4 días (IC 95%, 75.4-94.5)

La diferencia en las medias fue de 58.4 (IC 95%, 39.4-77.4; $P < .001$).

Entre la línea de base y los 12 meses, los participantes en el Grupo Agua, en comparación con los del grupo de control, tuvieron un aumento en el volumen de orina, veces en que orinaban y disminución de la osmolalidad urinaria.

Conclusiones y relevancia

El aumento en la ingesta de agua es una estrategia eficaz para evitar los antimicrobianos, prevenir la cistitis recurrente en mujeres premenopáusicas con alto riesgo de recurrencia que beben volúmenes bajos de líquido diariamente.

[1] https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2705079?utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=olf&utm_term=100118

Incontinencia urinaria.

Publicado el 15/03/2018

Resumen de la Guía de la Asociación Europea de Urología [1]

- En mujeres, evaluar el estado estrogénico.
- Realizar un análisis de orina como parte de la evaluación inicial de un paciente con IO
- No tratar rutinariamente la bacteriuria asintomática en pacientes de edad avanzada para mejorar la IO.
- El volumen de orina residual post miccional debe medirse en pacientes que reciben tratamientos que pueden causar o empeorar la disfunción miccional.
- No pidas estudios urodinámicos rutinariamente en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo sin complicaciones.
Sólo hay que pedirla si los hallazgos pueden cambiar la elección del tratamiento invasivo.
- No pidas rutinariamente imágenes del tracto urinario superior o inferior como parte de la evaluación de la IO.

Tratamiento farmacológico

Antimuscarínicos (darifenacina, tolterodina, solifenacina) o mirabegrón para adultos con IU de urgencia (UUI) que fracasaron al tratamiento conservador.

Considerará siempre los preparados de liberación prolongada.

Si un tratamiento antimuscarínico resulta ineficaz, considerará aumentar la dosis o cambiar por otro o mirabegrón o una combinación.

El tratamiento antimuscarínico a largo plazo debe usarse con precaución en pacientes de edad avanzada, especialmente en aquellos con riesgo o disfunción cognitiva.

Duloxetina en pacientes seleccionados con síntomas de IU de esfuerzo (IUE) cuando la cirugía no esté indicada.

La duloxetina debe iniciarse con bajas dosis y seguir de cerca a los pacientes por los efectos adversos.

[1] [http://www.europeanurology.com/.../S0302-2838\(18\)300.../fulltext](http://www.europeanurology.com/.../S0302-2838(18)300.../fulltext)

Omega 3 en embarazadas para impedir prematuridad. Cambia conducta!

Publicado el 18/11/2018

Una nueva Revisión Cochrane publicada esta semana ha encontrado que aumentar la ingesta de ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga omega-3 durante el embarazo reduce el riesgo de nacimientos prematuros.

El nacimiento prematuro es la principal causa de muerte entre los niños menores de 5 años en todo el mundo y representa cerca de un millón de muertes/año.

Los bebés prematuros tienen un mayor riesgo de padecer una variedad de afecciones a largo plazo que incluyen discapacidad visual, retraso en el desarrollo y dificultades de aprendizaje.

Si bien la mayoría de los embarazos dura entre 38 y 42 semanas, los bebés prematuros son aquellos que nacen antes de las 37 semanas, y cuanto más temprano nace un bebé, mayor es el riesgo de morbilidad.

El equipo de autores de esta revisión examinó de cerca el aporte de grasas omega-3 de cadena larga y su papel en la reducción del riesgo de nacimientos prematuros, especialmente el ácido docosahexaenoico (DHA) y el ácido eicosapentaenoico (EPA) que se encuentran en los pescados grasos y los suplementos de aceite de pescado.

El meta-análisis constó de 70 ensayos aleatorios y encontraron que para las mujeres embarazadas, el aumento de la ingesta diaria de omega-3 de cadena larga:

Reduce el riesgo de tener un bebé prematuro (menos de 37 semanas) en un 11% (de 134/1000 a 119/1000 nacimientos)

Reduce el riesgo de tener un bebé prematuro temprano (menos de 34 semanas) en un 42% (de 46/1000 a 27/1000 nacimientos)

Reduce el riesgo de tener un bebé pequeño (menos de 2500 g) en un 10%

No hay muchas opciones para prevenir el parto prematuro, por lo que estos hallazgos son muy importantes.

Aún no hay un conocimiento completo de las causas del parto prematuro, por lo que predecir y prevenir el parto prematuro siempre ha sido un desafío.

Esta es una de las razones por las que la suplementación con omega-3 en el embarazo es de gran interés para los investigadores de todo el mundo.

La revisión Cochrane publicada hoy se realizó por primera vez en 2006, y concluyó que no había pruebas suficientes para apoyar el uso habitual de los suplementos de ácidos grasos omega-3 durante el embarazo.

Después de una década, esta revisión actualizada concluye que **existe evidencia de alta calidad de que la suplementación con omega-3** es una estrategia efectiva para prevenir el parto prematuro.

Muchas mujeres embarazadas en todo el mundo ya están tomando suplementos de omega-3 por elección personal en lugar de algún consejo médico, dice la autora principal, Philippa Middleton. Vale la pena señalar que muchos suplementos de venta libre actualmente en el mercado NO contienen la dosis o el tipo óptimo de omega-3 para prevenir el parto prematuro.

La revisión encontró que **la dosis óptima es un suplemento diario que contiene entre 500 y 1000 miligramos (mg) de grasas omega-3 de cadena larga (que al menos incluya 500 mg de DHA) a partir de las 12 semanas de embarazo.**

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003402.pub3/full>

Infertilidad.

Publicado el 02/05/2018

1. Según las guías del NICE publicadas en 2013, una mujer en edad reproductiva que no ha concebido después de un año de relaciones sexuales vaginales sin protección, en ausencia de una causa conocida de infertilidad, debe recibir más evaluación clínica e investigación junto con su pareja.

Si la mujer tiene 36 años o más, se recomienda una derivación previa. Esto se debe a una fuerte disminución de la fertilidad después de los 35 años debido a una reducción en la cantidad y calidad de los ovocitos. El diagnóstico temprano y el asesoramiento en un centro especializado podrían ayudar a las parejas a lograr una concepción natural o un resultado exitoso con tratamientos menos invasivos.

También se recomienda la derivación temprana si existe una causa clínica conocida de infertilidad o factores predisponentes conocidos para la infertilidad. Los ejemplos incluyen una fuerte historia familiar de menopausia temprana, antecedentes de problemas de tiroides, anovulación por síndrome de ovario poliquístico y azoospermia u oligospermia en el hombre.

2. Es importante educar a las mujeres sobre su período fértil sobre cómo optimizar sus posibilidades de concepción natural.

Las mujeres con ciclos regulares ovulan alrededor del día 14. El primer día de flujo menstrual completo se considera el primer día del ciclo. La recomendación es tener relaciones sexuales cada 2 o 3 días. Aquellos que no pueden seguir este consejo deben tener el coito sincronizado para que coincida con la ovulación usando la prueba de ovulación.

3. Se debe aconsejar a que asista la pareja a la consulta inicial. No olvides preguntar:

En mujeres:	En hombres:
Ovario poliquístico	Antecedentes de testículo no descendido
Problemas tiroideos	Torsión testicular
Hiperprolactinemia	Infecciones genitales
Antecedentes de ETS	Parotiditis
Enfermedad inflamatoria pélvica	
Cirugía de absceso apendicular, ovárico	
Endometriosis pélvica extensa	
Tabaquismo	
Corticoides	

4. Medir la hormona anti-Mülleriana (AMH) es la prueba más útil y sólida para evaluar la reserva ovárica. Se correlaciona muy bien con la edad y el recuento de folículos antrales (AFC) en la ecografía. Se puede hacer cualquier día del ciclo menstrual y no es necesario repetirlo a menos que haya una brecha larga entre la prueba y la consulta con el especialista.

La FSH y LH, tomadas durante los días uno a cinco, pueden ser útiles en mujeres con sospecha de poliquistosis pero la FSH no es una prueba confiable para la reserva ovárica, ya que puede fluctuar

de ciclo a ciclo y no siempre correlaciona bien con el recuento de folículos antrales. A las mujeres con ciclos irregulares se les debe ofrecer una prueba de sangre para detectar la función tiroidea y la prolactina.

Deben incluirse ac antirubéola y un resultado reciente del PAP. Si se puede realizar es recomendable pruebas de clamidia o cobertura con antibióticos antes de una instrumentación uterina, como la histerosalpingografía. Un espermograma.

5. **Consejos para mejorar el esperma.**

Dejar de fumar

Cuidar la ingesta excesiva de alcohol

Drogas recreativas

Niveles excesivos de estrés

Factores que pueden aumentar la temperatura testicular, como baños calientes, ropa interior ajustada, ciclismo (elegir el tipo de asiento adecuado) y sentarse en un escritorio o conducir durante largas horas sin tomar un descanso pueden afectar negativamente la calidad del esperma.

La exposición ocupacional a radiación y productos químicos como metales y pesticidas también pueden dañar los espermatozoides.

Consejos para las mujeres.

Cuidarse con el peso corporal: Tener bajo peso y tener sobrepeso puede causar desequilibrio hormonal y problemas de fertilidad. Un peso corporal saludable y ejercicio regular son un requisito previo para una concepción exitosa.

Dejar de fumar

Reducir la ingesta de alcohol

Controlar medicamentos si toman alguno

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg156>

Embarazo con menos intervenciones médicas

Publicado el 23/02/2018

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emitido nuevas recomendaciones para establecer estándares globales de atención para mujeres embarazadas sanas y reducir las intervenciones médicas innecesarias.

En todo el mundo, se estima que cada año hay 140 millones de nacimientos. La mayoría de estos ocurren sin complicaciones para las mujeres y sus bebés.

Sin embargo, en los últimos 20 años, los médicos han aumentado el uso de intervenciones que anteriormente solo se utilizaban para evitar riesgos o tratar complicaciones, como la infusión de ocitocina para acelerar el parto o las cesáreas.

"Queremos que las mujeres den a luz en un ambiente seguro con parteras calificadas en instalaciones bien equipadas. Sin embargo, la creciente medicalización de los procesos normales de parto está socavando la capacidad de una mujer para dar a luz e impactar negativamente en su experiencia al nacer", dice la Dra. P Simelela, Subdirectora General de la OMS para Familia, Mujeres, Niños y Adolescentes. "Si el trabajo de parto progresa normalmente, y la mujer y su bebé están en buenas condiciones, no es necesario que reciban intervenciones adicionales para acelerar el parto", dice.

La nueva guía de la OMS incluye evidencia de 17 revisiones Cochrane y contiene 56 recomendaciones basadas en la evidencia sobre qué cuidados se necesitan durante el parto e inmediatamente después para la mujer y su bebé.

<http://www.who.int/.../public.../intrapartum-care-guidelines/en/>

TODA MUJER TIENE DERECHO A TENER UNA EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVA QUE INCLUYE:



- Tener un acompañante de elección durante el trabajo de parto y en el parto.
- Garantizar una atención respetuosa y una buena comunicación con el equipo que la va a atender.
- Permitir que las mujeres tomen decisiones sobre:
 - El manejo del dolor
 - El trabajo de parto
 - Las posiciones para el parto
 - El impulso natural de pujar

Yoga para los dolores del parto.

Publicado el 20/04/2018

El yoga y otras técnicas basadas en la concentración y la respiración han sido propuestas como efectivas para reducir el dolor en el trabajo de parto de manera no farmacológica.

Esta es una revisión Cochrane reciente del tema.



Evidence for Everyday Health Choices

Relaxation techniques for pain management in labour



El yoga puede reducir el dolor y aumentar la satisfacción de la disminución del dolor en el parto. El efecto de relajación, mindfulness y musicoterapia sobre el dolor del trabajo de parto es incierto.



Revisión Cochrane de 19 estudios, se obtuvieron datos de 15 de ellos (1731 mujeres). Los estudios comparaban relajación, yoga, mindfulness y música con cuidados usuales para el manejo del dolor en el trabajo de parto.

evidentlycochrane.org | [@CochraneUK](https://twitter.com/CochraneUK) | [#CochraneEvidence](https://www.facebook.com/CochraneEvidence) #EEHealthChoices <http://bit.ly/2va1D7f>



Parto en el agua. Revisión Cochrane

Publicado el 29/05/2018



Evidence for Everyday Health Choices

Parto en el agua



El parto acuático en el primer estadio del parto probablemente resulta en menos mujeres que reciben epidurales pero hace poca o ninguna diferencia en el número de mujeres que presentan: Partos por cesárea, desgarros perineales
No hay evidencia de riesgo aumentado para la madre como para el bebé.
El efecto de la inmersión en el segundo estadio del parto es poco claro.



Revisión Cochrane: 15 estudios, 3663 mujeres



evidentlycochrane.org | [@CochraneUK](https://twitter.com/CochraneUK) | [#CochraneEvidence](https://www.facebook.com/CochraneEvidence) [#EEHealthChoices](https://www.instagram.com/EEHealthChoices) <http://bit.ly/2irInbH>

Las cesáreas

Publicado el 07/10/2018

Las cesáreas están en aumento en todo el mundo y nuestro país tiene una cifra pavorosa (40%).
[1]

Una revisión Cochrane [2] analiza intervenciones no clínicas para reducir las cesáreas.

La cesárea es una cirugía que se usa para prevenir y reducir las complicaciones del parto. Si bien puede ser un procedimiento para salvar vidas tanto para la madre como para el bebé, la cesárea no está exenta de daño y solo debe realizarse cuando sea necesario.

Las intervenciones no clínicas analizadas se basaron en la educación de los trabajadores de la salud y las madres.

El equipo de revisión de Cochrane estudió una amplia gama de intervenciones no clínicas extraídas de 29 estudios, principalmente en países de ingresos altos.

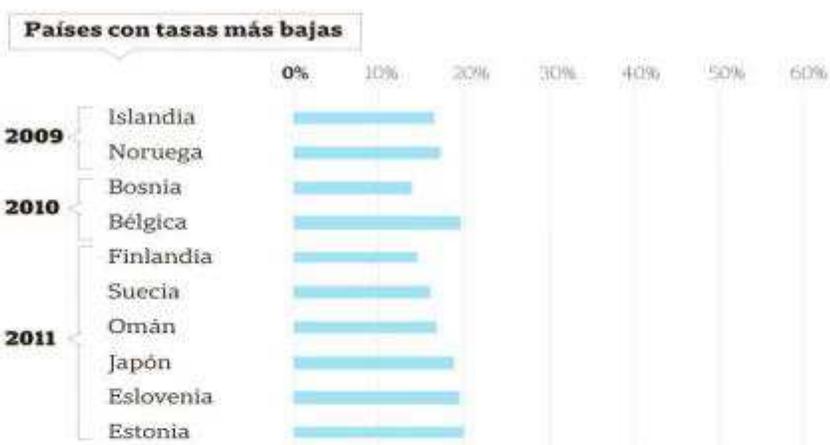
Sobre la base de evidencia de alta calidad, encontraron que las siguientes intervenciones reducen las tasas de cesárea sin efectos adversos en los resultados maternos o neonatales.

Estas intervenciones están dirigidas principalmente a profesionales de la salud (enfermeras, parteras, médicos) e implican el uso de:

- Guías clínicas combinadas con una segunda opinión obligatoria para la indicación de la cesárea.
- Guías clínicas combinadas con auditoría y retroalimentación sobre las prácticas de la cesárea y
- Líderes de opinión (obstetras / ginecólogos) para brindar educación a profesionales de la salud.

El ranking en el mundo

La Argentina está ubicada entre las naciones donde más cesáreas se registran



Fuente: Pediatric and Perinatal Epidemiology 2017 / LA NACION

[1] <https://www.lanacion.com.ar/2050667-cesareas-sin-freno-aler...>

[2] <https://www.cochranelibrary.com/.../14651858.CD0055.../epdf/full>

¿Tomarías una droga por más de 15 años para prevenir una fractura de cadera sólo un 1%?

Publicado el 30/10/2018

- La fractura es el único resultado clínico significativo en la osteoporosis posmenopáusica.
- No existe un sustituto válido (por ejemplo, densidad mineral ósea) que se haya demostrado adecuado para predecir fracturas.

<https://www.ti.ubc.ca/.../revision-sistemica-de-la-eficaci.../>

El PAP, ¿Hasta cuándo?

Publicado el 16/11/2018

Según un estudio realizado en Lancet Oncology [1], las mujeres con resultados negativos para test del virus del papiloma humano (HPV) a los 55 años tienen un riesgo muy bajo de cáncer de cérvix.

La Fuerza de Tareas Preventivas de los Estados Unidos (USPSTF) recomienda en la actualidad que las mujeres se realicen el PAP hasta los 65 años.

Investigadores canadienses crearon un modelo simulado para estimar el riesgo de cáncer cervical en diferentes edades y dependiendo de la adherencia a los controles.

Para mujeres no vacunadas:

- Las mujeres que nunca son examinadas tienen una probabilidad de 1 en 45 de desarrollar cáncer cervical en su vida.
- Las mujeres con adherencia típica a los PAP hasta los 55 años reducen este riesgo a 1 en 138. Con el rastreo hasta los 70 años, el riesgo se reduce a 1 en 160.
- Una mujer con PAPs en forma regular hasta los 55 años de edad y con una citología negativa posterior tiene 1 posibilidad en 440 de desarrollar cáncer posteriormente. Esto se reduce a 1 en 1940 con un test para HPV negativo, y 1 en 2253 con PAP +test de HPV negativo.

[1] [https://www.thelancet.com/.../PIIS1470-2045\(18\)30536.../fulltext](https://www.thelancet.com/.../PIIS1470-2045(18)30536.../fulltext)

Reconstrucción mamaria: ¿Cómo aconsejar mejor a tus pacientes?

Publicado el 31/07/2018

Las mujeres que optan por la reconstrucción de la mama después de una mastectomía tienen una tasa de complicaciones sorprendentemente alta [1].

- **1 de cada tres desarrolla una complicación postoperatoria durante los próximos dos años.**
- **1 de cada cinco requiere más cirugías.**
- **En el 5% de los casos, la reconstrucción falla.**

Las pacientes que utilizaron su propio tejido corporal para reconstruir su mama tuvieron tasas significativamente más altas de complicaciones que las que usaron implantes artificiales.

Las mujeres que utilizaron tejido trasplantado del área abdominal también tuvieron debilidad en los músculos abdominales lo que dificultaban actividades simples como levantarse de la cama. Pero estaban más satisfechas con sus senos al final del proceso y disfrutaban de un mayor grado de bienestar sexual que las mujeres con implantes.

"La conclusión clave de esta investigación es que se trata de decisiones complicadas que hay que compartir", dijo el Dr. Edwin Wilkins, investigador de este trabajo. "Estas operaciones no están exentas de riesgos", la tasa de complicaciones después de la reconstrucción es probablemente "más alta de lo que le hemos estado diciendo a la gente", pero enfatizó que "elegir reconstrucción en gran medida restaura la satisfacción con sus senos y mejora el componente psicosocial".

El estudio siguió a unas 2.300 mujeres que se sometieron a cirugía de reconstrucción mamaria entre el 1 de febrero de 2012 y el 31 de julio de 2015 en 11 centros médicos de Estados Unidos y Canadá.

Más de la mitad de las mujeres se les colocó implantes artificiales.

Aproximadamente un tercio tuvo reconstrucciones autólogas.

Las pacientes fueron seguidas durante dos o más años después de la cirugía. Durante este tiempo, los investigadores rastrearon todas las complicaciones médicas y evaluaron la calidad de vida mediante un cuestionario llamado BREAST-Q, que analizó la satisfacción con las mamas así como también el bienestar psicosocial, físico y sexual.

Los investigadores definieron las complicaciones de manera amplia, incluso problemas menores, como una herida que tardó más en curarse y requirió un antibiótico local.

Asimismo, muchas mujeres con implantes podrían necesitar someterse a una cirugía adicional porque los implantes necesitarían ser reemplazados después de 10 años más o menos.

Se identificaron varios factores que **aumentan el riesgo de desarrollar una complicación**:

- **Ser mayor**
- **Tener sobrepeso**
- **Fumar**
- **Someterse a un procedimiento de reconstrucción bilateral**
- **Haber tenido radioterapia durante o después de la reconstrucción**
- **Haber recibido quimioterapia.**

Aunque a menudo se alienta a las pacientes a tener una reconstrucción inmediatamente después de la mastectomía, las pacientes que retrasaron la reconstrucción fueron significativamente menos propensas a desarrollar complicaciones que las que se sometieron a reconstrucción inmediata.

[1] <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/2685264>



Estatinas en personas mayores de 75 años.

Publicado el 07/09/2018

Las estatinas **no se asocian con una reducción de la enfermedad cardiovascular (ECV) o la muerte en personas sanas mayores de 75 años**, según un estudio [1] publicado en el BMJ.

Mientras que no es así en las personas con diabetes tipo 2 (DBT2), las estatinas se relacionaron con una reducción de la ECV y la muerte por cualquier causa hasta la edad de 85 años.

Diseño:

Los investigadores del Instituto Universitario de Investigación de Atención Primaria Jordi Gol y del Instituto de Investigaciones Biomédicas de Girona se propusieron evaluar si el tratamiento con estatinas está asociado a una reducción de ECV y muerte en ancianos (75 a 84 años) y muy ancianos (85 años y más) adultos con y sin diabetes tipo 2.

Realizaron un estudio observacional con datos de la base de datos del sistema catalán de atención primaria, identificando a 46.864 personas de 75 años o más sin antecedentes de ECV entre 2006 y 2015.

Utilizaron registros de ámbitos de atención primaria y hospitalarios para rastrear casos de ECV y mortalidad por cualquier causa durante un promedio de 5,6 años.

En personas sin diabetes, el tratamiento con estatinas **NO se asoció con una reducción de la ECV o la mortalidad por todas las causas** en los grupos de edad avanzada y muy avanzada.

Los OR para el uso de **estatinas en personas de 75 a 84 años** fueron:
0,94 (IC95%: 0,86 a 1,04) para la ECV aterosclerótica y
0,98 (IC 95%= 0,91 a 1,05) para la mortalidad por cualquier causa.

Los OR en los **mayores de 85 años** fueron
0.93 (IC 95%=0.82 a 1.06) y 0.97 (IC 95%=0.90 a 1.05) respectivamente.

En los pacientes con diabetes, las estatinas se asociaron con niveles significativamente reducidos de ECV (24%) y mortalidad por todas las causas (16%) en las personas de 75 a 84 años.

El OR del uso de estatinas en este grupo de edad fue:
0,76 (IC 95%= 0,65 a 0,89) para la ECV aterosclerótica y
0,84 (IC 95%= 0,75 a 0,94) para la mortalidad por cualquier causa.

El efecto protector disminuyó después de los 85 años, los OR fueron 0.82 (IC 95%=0.53 a 1.26) y 1.05 (IC 95%=0.86 a 1.28) respectivamente **y desapareció a los 90 años**.

Debido a la metodología del estudio, los autores dijeron que no era posible sacar conclusiones firmes sobre causa y efecto, y no podían descartar la posibilidad de que algunos resultados pudieran ser debidos a factores confundidores.

Pero destacaron el gran tamaño de la muestra que, según dijeron, reflejaba las condiciones clínicas de la vida real.

Los autores concluyeron que sus resultados no respaldan el uso generalizado de estatinas en personas mayores y muy ancianas, pero sí respaldan el tratamiento en personas seleccionadas, como las personas de entre 75 y 84 años con diabetes tipo 2.

[1] https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3359?ijkey=6e97def3fc5e39f41778eb4daf256b7b8abe4434&keytype2=tf_ipsecsha

Ancianos y AAS en prevención primaria: No anda!

Publicado el 18/09/2018

La semana pasada se publicó un artículo en el NEJM [1] sobre AAS en dosis baja como preventiva (prevención primaria) x 5 años en personas mayores sanas (70 años de edad o más) sin enfermedad cardiovascular, demencia, o discapacidad física.

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir 100 mg/día de AAS con cubierta entérica o placebo por vía oral.

El punto final primario fue compuesto de: Muerte, demencia o discapacidad física persistente.

Los puntos finales secundarios informados en este artículo incluyeron los componentes individuales del punto final primario y hemorragia mayor.

RESULTADOS

19.114 personas.

Mediana 74 años, de las cuales 9525 fueron asignadas aleatoriamente para recibir aspirina y 9589 para recibir placebo.

Un total de 56.4% de los participantes eran mujeres.

El ensayo finalizó en una mediana de **4,7 años de seguimiento** después de que se realizara una determinación de que no tendría más beneficios con el uso continuado de aspirina con respecto al punto final primario.

	Grupo Aspirina	Grupo Control
Muerte, demencia o discapacidad física	21.5/1000 eventos persona/ año	21.2/1000 eventos persona/año
Hemorragia Mayor	3.8/ 1000 eventos persona/ año	2.8/1000 eventos persona/ año

La tasa compuesta de muerte, demencia o discapacidad física persistente fue de 21.5 eventos por 1000 años-persona en el grupo de aspirina y 21.2 por 1000 años-persona en el grupo placebo.

El OR fue de 1.01; intervalo de confianza del 95% [IC] , 0,92 a 1,11, P = 0,79).

La tasa de adherencia a la intervención asignada fue del 62.1% en el grupo de aspirina y 64. 1% en el grupo placebo en el último año de participación en el ensayo.

Las diferencias entre el grupo AAS y el grupo placebo no fueron sustanciales con respecto a los puntos finales individuales de muerte por cualquier causa (12,7 eventos por 1000 personas-años

en el grupo de aspirina y 11,1 eventos por 1000 personas-años en el grupo placebo) , demencia o discapacidad física persistente.

La tasa de hemorragia mayor fue mayor en el grupo AAS que en el grupo placebo (3,8% vs 2,8%, OR 1,38, IC 95%, 1,18 a 1,62, p <0,001).

CONCLUSIONES

El uso de aspirina en personas sanas de edad avanzada no prolongó la sobrevida libre de discapacidad durante un período de 5 años, y dio lugar a una tasa de hemorragia mayor que el placebo.

[1] https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1800722?query=featured_home

Paciente con síntomas de prostatismo, ¿Qué hacer?

Publicado el 04/05/2018

Lo que necesitas saber:

No deberías ofrecer rutinariamente pruebas de antígeno prostático específico (PSA) para detección de cáncer de próstata. (Recomendación D en población general (luego cambió a C).

Explicar las limitaciones y los daños de pedir un PSA y la posibilidad de ser diagnosticado con cáncer de próstata.

No hay consenso con respecto a solicitar pruebas de PSA en hombres con síntomas urinarios bajos, y **la mayoría de las guías recomiendan compartir las decisiones.**

País	Recomendación
Inglaterra / Guía NICE	Los hombres deberían obtener información y tiempo para pensar si desean realizarse un PSA si: <ul style="list-style-type: none">- Tienen síntomas que sugieren obstrucción urinaria por prostatismo o- Tienen un tacto rectal con agrandamiento o- Desean hacerse un PSA.
Estados Unidos / Asociación Americana de Urología	Una evaluación de los síntomas/agrandamiento prostático. El PSA está recomendado para aquellos que tienen una expectativa de vida mayor a 10 años O pacientes en los que el PSA puede cambiar el manejo de los síntomas urinarios.
Dinamarca / Colegio Danés de Médicos Generales	Todos los hombres con síntomas urinarios se les deben pedir un PSA.
Canadá / Colegio de médicos de Familia	Para un hombre con síntomas urinarios, hacer el tacto rectal y discutir los beneficios y daños del PSA.
Nueva Zelanda / Guías del Ministerio	Para hombres de 50-70 años que tienen síntomas prostáticos se les debe informar beneficios y daños del estudio y firmar un consentimiento si se lo quieren hacer.

Algunas guías clínicas urológicas incorporan el uso de nomogramas clínicos en pacientes seleccionados para determinar el riesgo de cáncer de próstata de alto grado

No se identificó que estas recomendaciones mejoren el pronóstico en hombres con síntomas prostáticos.

No hay pruebas suficientes para reevaluar el riesgo de cáncer de próstata.

Conclusiones:

- a. Ofrecer realizar un examen físico que incluya tacto rectal
- b. Discutir con el paciente la falta de evidencia directa que sugiera síntomas de cáncer de próstata.
- c. Explicar las posibles limitaciones y daños del PSA, así como los procedimientos posteriores, y la posibilidad de un sobrediagnóstico de cáncer de próstata y los efectos adversos del tratamiento.

Pérdida de peso no intencional en adultos mayores.

Publicado el 12/04/2018

Una revisión sistemática y meta-análisis se acaba de publicar en el British Journal of General Practice [1].

La investigación analizó los hallazgos de 25 estudios, incorporando datos de más de 11.5 millones de pacientes en total, y descubrió que la pérdida de peso está relacionada con 10 tipos de cáncer.

El análisis encontró que la pérdida de peso involuntaria en personas mayores de 60 años excedía el umbral de riesgo del 3% para la investigación urgente que decían las guías del NICE.

En las mujeres mayores de 60 años, el riesgo promedio en todos los sitios involucrados se estimó de hasta 6.7%, y en los hombres hasta 14.2%.

La pérdida de peso involuntaria es el segundo factor de mayor riesgo para los cánceres colorrectales, pulmonar, pancreáticos y renales.

[1] <http://bjgp.org/content/early/2018/04/09/bjgp18X695801>

Escala clínica de fragilidad

Publicado el 17/02/2018

Escala clínica de fragilidad

 **1 Muy entrenada:** Robusta, activa, energética y motivada. Hace actividad física semanalmente. Está entre los más entrenados de su edad.

 **2 Bien:** Persona **sin síntomas de enfermedad física** pero menos entrenados que la categoría 1. A menudo se ejercitan o son muy activos ocasionalmente (en verano).

 **3 Se maneja bien:** Persona cuyos problemas médicos están **Bien controlados**, pero no hacen actividad física regular más que caminar.

 **4 Vulnerable:** No es dependiente para sus quehaceres diarios. A menudo los síntomas limitan su actividad. Una queja común es que se sienten lentos o cansados durante el día.

 **5 Levemente frágil:** Estas personas a menudo **son más lentas y precisan ayuda para las AIVD** (manejo del dinero, transporte, medicamentos). Típicamente empeorará hacia las AVD (caminar vivir sólo, hacer la comida, quehaceres domésticos).

 **6 Moderadamente frágil:** Necesita ayuda con todas las actividades dentro y fuera de su casa. Frecuentemente tiene problemas con escaleras y precisa ayuda para que la bañen y asistencia mínima para vestirla.

 **7 Frágil severa: Completamente dependiente p/ el cuidado personal,** ya sea de causa física o cognitiva. Aún así, parecen estables y no en alto riesgo de morir (dentro de los 6 meses).

 **8 Frágil muy severa:** Completamente dependiente. Se aproxima al final de la vida. Típicamente ellos No se pueden recuperar de problemas de salud menores.

 **9 Enfermo terminal:** Esta categoría se aplica a las personas con una **expectativa de vida menor de 6 meses** que no son evidentemente frágiles.

En las personas con demencia, **el grado de fragilidad corresponde al grado de demencia:**

Demencia leve: Incluye olvidos de acciones o detalles pero todavía puede desempeñar sus tareas.

Demencia moderada: Empeoramiento de la memoria reciente aunque puede recordar eventos pasados.

Demencia severa: Totalmente dependiente.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:169-175.
© 2007-2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

“... Desde que salió de la internación se volvió dependiente...”

Publicado el 18/02/2018

Los pacientes ancianos internados

El desentrenamiento es un gran problema en los pacientes hospitalizados. Se conoce que una semana en la cama da como resultado una pérdida de masa muscular del 10% y un 14% de pérdida en la capacidad aeróbica [1].

En pacientes que mantenían su independencia en el hogar esto a menudo puede ser la diferencia entre volver a su casa o necesitar atención las 24 horas, a veces para el resto de sus vidas.

Otros estudios [2] han demostrado que los pacientes que pueden caminar mientras están internados, sólo lo hacen menos del 3% de su tiempo ya sea estando de pie o caminando.

Es vital que cuando visitemos a nuestros pacientes en el hospital o antes que se internen aconsejarles que se muevan y caminen. Hay mucho que decir sobre el estigma alrededor de la hospitalización: tan pronto como los pacientes entran en el hospital y se "instalan en la cama" se convierten en poco menos que inmóvil.

Siempre que sea posible, debemos alentar a nuestro paciente a movilizarse:

- Nunca quedarse en la cama cuando puede estar sentado (confiere un menor riesgo de neumonía adquirida en el hospital).
- Siempre que pueda, caminar hacia el baño.
- Animar a los familiares a caminar con los pacientes cuando los visiten.

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

[2] <http://bit.ly/2oeJe2o>

Calcio y Vitamina D para prevenir caídas.

Publicado el 18/04/2018

La Fuerza de Tareas modificó su recomendación de dar Vitamina D y Calcio a personas mayores para prevenir caídas.

Prevención de caídas en ancianos que viven en la comunidad		
Release Date: April 2018		
Recommendation Summary		
Población	Recomendación	Grado
Adultos \geq 65 años	Recomienda realizar actividad física para pacientes en riesgo de caídas.	B
Adultos \geq 65 años	Recomienda que selectivamente los médicos indiquen intervenciones multifactoriales para prevenir caídas en personas de riesgo. La evidencia actual indica que ofrecerla para todos tiene un beneficio muy pequeño. Se debe considerar un balance entre daños y beneficios según, antecedentes de caídas previas, comorbilidades y los valores y preferencias de los pacientes.	C
Adultos \geq 65 años	Recomienda en contra de dar suplementos de vitamina D	D

La validación en personas con demencia

Publicado el 05/10/2018

La validación es un método para hablar con personas con demencia que evita decir la verdad repetidamente o la llamada mentira terapéutica. Es eficaz porque disminuye la agitación.



<https://www.cbc.ca/.../how-to-reach-the-person-inside-the-dem...>

Entrenamiento aeróbico en deterioro cognitivo.

Publicado el 24/06/2018

Diseño: Multicéntrico, ciego al investigador.

En Servicios de atención primaria, servicios comunitarios y de memoria del Servicio Nacional de Salud (Inglaterra).

Participantes: 494 personas con demencia:

329 fueron asignados a un programa de ejercicio aeróbico y de fuerza y

165 fueron asignados a la atención habitual.

La asignación aleatoria fue 2: 1 a favor de la rama ejercicio.

Intervención:

Cuidado habitual + cuatro meses de ejercicio supervisado y apoyo para la actividad física vs atención habitual solamente.

Las intervenciones se realizaron en gimnasios comunitarios y locales del Sistema de Salud Inglés (NHS).

Principales medidas de resultado

El resultado primario fue la puntuación en la escala de evaluación de la enfermedad de Alzheimer-subescala cognitiva (ADAS-cog) a los 12 meses.

Los resultados secundarios incluyeron actividades de la vida diaria (AVD), síntomas neuropsiquiátricos, calidad de vida relacionada con la salud y calidad de vida y carga del cuidador.

La aptitud física (incluida la prueba de caminata de seis minutos) se midió en la rama de ejercicio durante la intervención.

Resultados

La edad promedio de los participantes fue de 77 (DS 7,9) años y 301/494 (61%) fueron hombres. A los 12 meses, la puntuación media de ADAS-cog había aumentado a 25,2 (DS 12,3) en la rama ejercicio y 23,8 (DS 10,4) en la rama atención habitual (ajustado entre diferencia de grupo -1,4, intervalo de confianza del 95%: -2,6 a -0,2; P = 0.03).

Este aumento indica mayor deterioro cognitivo en el grupo Ejercicio, aunque la diferencia promedio es pequeña y la relevancia clínica incierta.

No se encontraron diferencias en los resultados secundarios o los análisis de subgrupos planificados previamente por tipo de demencia (enfermedad de Alzheimer u otra), gravedad del deterioro cognitivo, sexo y movilidad.

El cumplimiento con el ejercicio fue bueno. Más del 65% de los participantes (214/329) asistieron a más de las tres cuartas partes de las sesiones programadas. La distancia de caminata de seis minutos mejoró durante seis semanas (cambio promedio de 18.1 m, intervalo de confianza del 95% 11).

Conclusión

Un programa de entrenamiento aeróbico y de fuerza de intensidad moderada a alta **NO retrasa el deterioro cognitivo en personas con demencia leve a moderada**. El programa de entrenamiento físico mejoró la aptitud física, pero no hubo mejoras notables en otros resultados clínicos.

<https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1675>

Problemas cardiovasculares



ICC nueva guía del NICE

Insuficiencia cardíaca crónica en adultos: resumen de la guía actualizada de NICE

Publicado el 28/09/2018

Esta semana se publicó en el BMJ un resumen de la guía NICE de ICC (1)

Mucho valor al péptido natriurético

Lo que necesitás saber

La prevalencia de la insuficiencia cardíaca está aumentando debido al envejecimiento de la población y la mejora de la supervivencia de las enfermedades crónicas que contribuyen a la insuficiencia cardíaca. La insuficiencia cardíaca incluye una fracción de eyección reducida (<40%) y una fracción de eyección conservada (> 50%).

- Interconsultar a las personas con sospecha de insuficiencia cardíaca y péptido natriurético tipo B N-terminal (NT-proBNP) superior a 400 ng/l para evaluación y ecocardiografía transtorácica dentro de las 6 semanas.
- Indicar IECA y betabloqueantes como tratamiento de primera línea para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, y agregar espironolactona si los síntomas continúan.
- Indicar actividad física a personas con insuficiencia cardíaca estable en un formato y entorno de fácil acceso.
- Las personas con insuficiencia cardíaca no necesitan restringir rutinariamente su consumo de sodio o de líquidos.

¿Qué hay de nuevo en esta guía?

- Consejos más claros sobre manejo multidisciplinario, toma de decisiones compartidas, planificación de la atención, consejos e intervenciones sobre el estilo de vida, comorbilidades y la atención al final de la vida.
- El péptido natriurético tipo N-terminal pro-B (NT-proBNP) se especifica como el biomarcador que se utilizará en el diagnóstico (y, si es relevante, el monitoreo) de las personas con insuficiencia cardíaca.
- La aldosterona debe ofrecerse (junto con IECA y beta bloqueante) en personas con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida que permanecen sintomáticas.

Péptido natriurético

¡Cuidado!

F (-)

- La obesidad, el origen familiar africano o afro-caribeño, o el tratamiento con diuréticos, IECA, bloqueantes beta, ARA II o aldosterona pueden reducir los niveles de péptidos natriuréticos séricos.

F (+)

- Edad mayor a 70 años, hipertrofia ventricular izquierda, isquemia, taquicardia, sobrecarga ventricular derecha, hipoxemia (incluido TEP), I renal (Clearance < 60 ml/ min), sepsis, EPOC, diabetes o cirrosis del hígado).

Restricción de sal y líquidos

- No aconsejar rutinariamente a las personas con insuficiencia cardíaca que restrinjan su consumo de sodio o de líquidos.
- Preguntar sobre la ingesta de sal y líquidos y, si es necesario, recomiende lo siguiente:
 - Las personas con hiponatremia dilucional deben restringir la ingesta de líquidos
 - Las personas que consumen altos niveles de sal y / o fluidos deben reducir su consumo.

Siempre revisá la necesidad de restringir la sal o el líquido.

- **Aconsejar a las personas con insuficiencia cardíaca que EVITEN los sustitutos de la sal que contienen potasio.**

Rehabilitación cardíaca

Los programas de rehabilitación deben estructurarse, con objetivos claros y un componente de monitoreo.

- Ofrecer a las personas con insuficiencia cardíaca un programa personalizado de rehabilitación cardíaca basado en el ejercicio, a menos que su condición sea inestable.

El programa

- Debe ir precedido de una evaluación para asegurarse de que sea adecuado para la persona.
- Debe proporcionarse en un formato y entorno (en el hogar, en la comunidad o en el hospital) que sea fácilmente accesible para la persona.
- Debe incluir un componente psicológico y educativo.
- Puede ser incorporado dentro de un programa de rehabilitación cardíaca existente.
- Debe ir acompañado de información sobre el apoyo disponible de profesionales de la salud cuando la persona está haciendo el programa.

(1) <https://doi.org/10.1136/bmj.k3646>

β bloqueantes e Insuficiencia cardíaca.

Publicado el 22/02/2018

¿A quiénes?

- Todos los enfermos con insuficiencia cardíaca leve, moderada y severa producida por miocardiopatía dilatada isquémica o no isquémica y disminución de la fracción de eyección ventricular izquierda.
- Pacientes con disfunción ventricular izquierda post IAM.

El "candidato ideal" para el inicio de la terapia es el paciente estabilizado hemodinámicamente, sin edemas, sin medicación endovenosa y con medicación oral en dosis no modificadas en los últimos tres meses.

¿Cómo?

El inicio del tratamiento debe contemplar dosis bajas, en forma escalonada y progresiva. Se puede iniciar de acuerdo a las diferentes guías publicadas o "en forma artesanal". La diferencia entre la primera y la segunda está dada por la experiencia del médico tratante.

No hay datos sobre Atenolol ya que esta droga no ha sido motivo de estudios a gran escala en insuficiencia cardíaca pero sin duda es la más utilizada.

Con Bisoprolol se recomienda comenzar con dosis de 1.25mg e incrementos semanales de la misma hasta los 5.0mg día, luego cada 4 semanas, aumentos de 2.5mg hasta llegar a dosis máxima de 10mg día.

Con Metoprolol se aconseja comenzar con dosis de 12.5mg con incrementos a 25, 50,100 (dosis máxima) cada 2 semanas.

Con Carvedilol se sugiere iniciar tratamiento con 3.125mg y aumentar cada 2 semanas a 6.25, 12.5, 25 y 50mg para pacientes de menos de 85 kg y superiores a 50mg para pacientes que pesan más.

Es conveniente efectuar monitoreo del tratamiento en las primeras 2 a 6 semanas evaluando TA, ritmo, frecuencia cardíaca y peso.

El stent para angor. Los modelos de decisiones compartidas.

Publicado el 27/02/2018

Desde su introducción a mediados de la década de 1980, los stents coronarios han demostrado ser útiles para salvar vidas en situaciones de emergencia (IAM).

Sin embargo, en los últimos años se utilizaron en la angina crónica a pesar de que hay suficiente evidencia que no mejoran resultados cardiovasculares.

En 2007, un estudio publicado en el New England Journal of Medicine (COURAGE) mostró que un stent en personas con angina no reducía el riesgo de IAM o ACV, ni prolongaba su vida.

Inicialmente, la cantidad de procedimientos bajaron pero al tiempo volvieron a subir y las razones que esgrimieron los cardiólogos era que los pacientes se sentían mejor después del procedimiento.

El Imperial College en Londres, realizó un ensayo clínico único muy interesante. Querían ver si el alivio de los síntomas que informan los pacientes se debía a un efecto terapéutico del stent o si se debía a un efecto placebo.

El ensayo ORBITA analizó a 200 personas con angina que tenían una arteria con una obstrucción del 70%. A los participantes se les administró un stent o un procedimiento "simulado" (el equivalente a un placebo quirúrgico) además de sus medicamentos habituales para la angina de pecho. Para superar cualquier sesgo, ni los pacientes ni los investigadores sabían a quienes se les administraba stent o placebo.

Después de 6 semanas no hubo diferencia significativa entre los dos grupos al evaluar la capacidad para hacer ejercicio o los síntomas de angor.

Fundamentalmente, *el stent coronario no resultó superior al placebo.*

Sin embargo, *sí se encontró que los pacientes que tenían los stents mejoraron la isquemia!*

Aún no está claro si la colocación de un stent en un vaso y la restauración del flujo sanguíneo tienen algún beneficio significativo para el paciente. Por qué “destapar” una arteria no hace una diferencia?

El estrechamiento ocurre tan gradualmente que hay tiempo suficiente para crear circulación colateral. Otra razón por la que la colocación de stents puede no reducir el riesgo de un IAM futuro es porque los stents generalmente se implantan en arterias donde el estrechamiento es superior al 70%. Sin embargo, la mayoría de los eventos cardíacos ocurren en sitios en la coronaria de menos del 70%. Por lo tanto, es muy probable que los stents se implanten en áreas que nunca habrían causado ningún daño.

El estudio ORBITA ha dividido a los cardiólogos. Algunos cardiólogos rechazaron el ensayo diciendo que:

- a. Era demasiado pequeño para considerar realizar cambios en la práctica actual.
- b. El seguimiento de 6 semanas no fue lo suficientemente prolongado como para ver resultados beneficiosos.
- c. Otros dijeron que, en su experiencia, los pacientes suelen querer tener un stent, en lugar de tomar medicamentos para el dolor de pecho por angina de pecho, que vienen con efectos secundarios como fatiga, mareos y palpitaciones.

Por el contrario, otros cardiólogos han afirmado que el stent no debería utilizarse para aliviar el angor.

¿Cuáles son los riesgos?

Según TheNNT.com, **1 de c/50 personas que recibe un stent por angina experimenta una complicación grave como muerte, ACV, IAM, arritmia o hemorragia.**

Por lo tanto, en ausencia de beneficio, los riesgos de recibir un stent para la angina de pecho se vuelven fundamentales, especialmente si el procedimiento es innecesario.

Algunos pacientes preferirán colocarse el stent, conocer los riesgos porque no quieren tomar los medicamentos anti anginosos por el resto de sus vidas.

Será importante conocer los datos para ayudar a los pacientes a elegir correctamente.

[http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736\(17\)32714-9/fulltext](http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736(17)32714-9/fulltext)

¿Qué hacer ante la sospecha de TEP?

Publicado el 19 y 20/02/2018

Criterios de Wells y criterios de Wells modificados:

Evaluación clínica para embolia pulmonar

Síntomas clínicos de TVP (hinchazón de la pierna, dolor a la palpación)	3.0
Otro diagnóstico es menos probable que la embolia pulmonar	3.0
Frecuencia cardíaca > 100	1.5
Inmovilización (≥3 días) o cirugía en las últimas 4 semanas	1.5
Antecedentes de TVP / PE	1.5
Hemoptisis	1.0
Malignidad	1.0

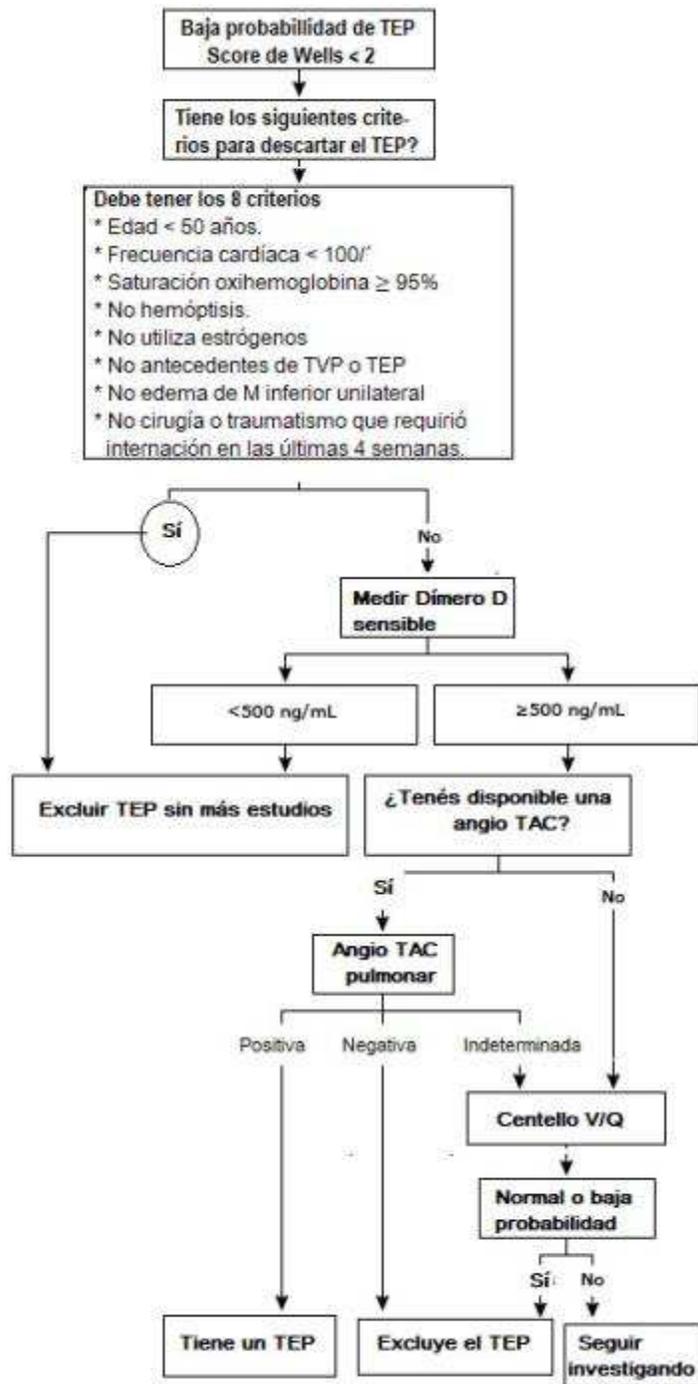
Score de Probabilidad

Evaluación de probabilidad clínica tradicional (criterios de Wells)

Alto	> 6.0
Moderado	2.0 a 6.0
Bajo	<2.0

Evaluación de probabilidad clínica simplificada (criterios de Wells modificados)

Probable TEP	> 4.0
TEP poco probable	≤ 4.0



<http://bit.ly/2FhAcd0>

Hipertensión pulmonar.

Publicado el 14/04/2018

Se define como una presión media en reposo de la arteria pulmonar de 25 mm Hg o superior.

Una reciente revisión actualiza algunos puntos interesantes [1].

La hipertensión pulmonar primaria afecta principalmente a la vasculatura pulmonar.

Hay obstrucción dinámica por vasoconstricción, la obstrucción es estructural y se produce por una remodelación vascular adversa.

Muchos tipos de células funcionan anormalmente en este cuadro incluidas las células vasculares (endoteliales, células del músculo liso y fibroblastos) y células inflamatorias. Todos estos cambios tienen una base genética compleja.

La hipertensión pulmonar es una enfermedad con cambios complejos en citoquinas (interleuquinas y factor de necrosis tumoral), inmunidad celular (linfocitos T, células killers, macrófagos) y autoanticuerpos que sugieren que en parte, es una enfermedad inflamatoria autoinmune.

La remodelación vascular pulmonar obstructiva en la HT pulmonar aumenta la post carga ventricular derecha, lo que causa hipertrofia ventricular derecha. En algunos pacientes, los cambios desadaptativos en el ventrículo derecho, que incluyen isquemia y fibrosis, reducen la función ventricular derecha y causan insuficiencia ventricular derecha.

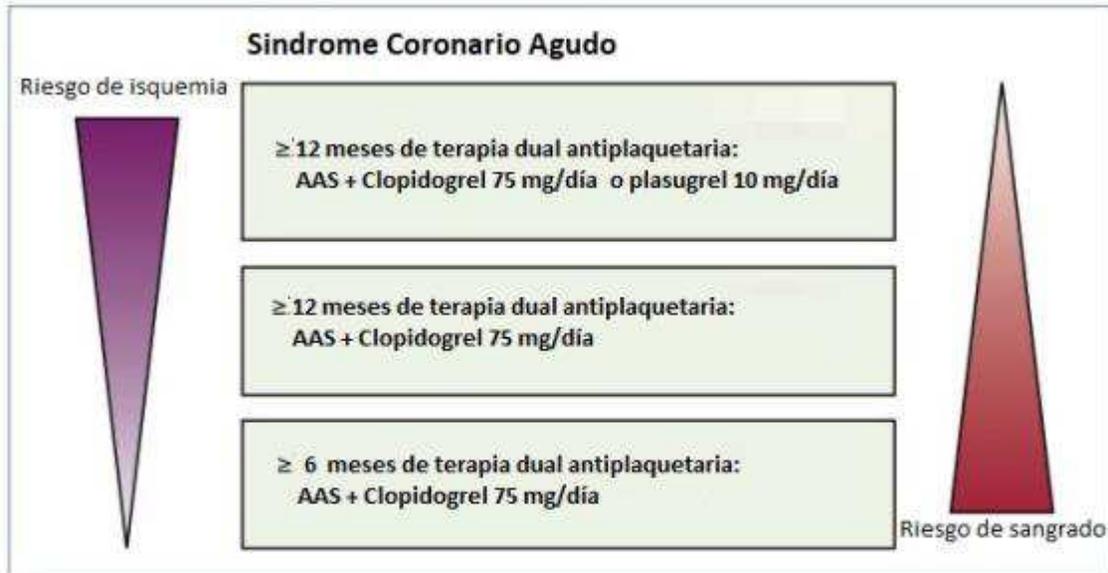
Los pacientes con hipertensión pulmonar presentan disnea, capacidad de ejercicio reducida, síncope de esfuerzo y muerte prematura por insuficiencia ventricular derecha.

Los tratamientos dirigidos a prostaglandinas, inhibidores de la fosfodiesterasa-5, antagonistas del receptor de endotelina y estimuladores del guanilato ciclasa, utilizadas solas o en combinación, mejoran la capacidad funcional y la hemodinámica y reducen las internaciones hospitalarias. Sin embargo, estos vasodilatadores no se dirigen a las características clave de la patogénesis de la hipertensión pulmonar y no se ha demostrado que reduzcan la mortalidad, que permanece alrededor del 50% a los cinco años.

[1] <https://www.bmj.com/content/360/bmj.j5492>

Terapia antiplaquetaria dual post infarto

Publicado el 07/04/2018



Duración e intensidad de la terapia antiplaquetaria dual en el síndrome coronario agudo.

Los riesgos nunca hay que tomarlos como constantes.

Eso hace que los pacientes tomen medicamentos por muchos años.

Midiendo hipotensión ortostática.

Publicado el 06/04/2018

Reposo 5 minutos



Tomar la TA

Incorporarse y medir al minuto y a los 3 minutos



Midiendo
Hipotensión ortostática

caída de la TA (Sist \geq 20 mm Hg y Diast \geq 10 mm Hg)

La prueba es más sensible si se realiza por la mañana.
En ancianos que se internaron por síncope el test de hipotensión postural rindió en 15% a 21% de los casos.
El ECG, la TAC y las ez cardíacas sólo aportan menos del 2% al diagnóstico.

Estatinas en prevención primaria.

Publicado el 13/04/2018

Te recomendamos ver este video en:

<https://www.facebook.com/profammf/videos/1874652755900673/>

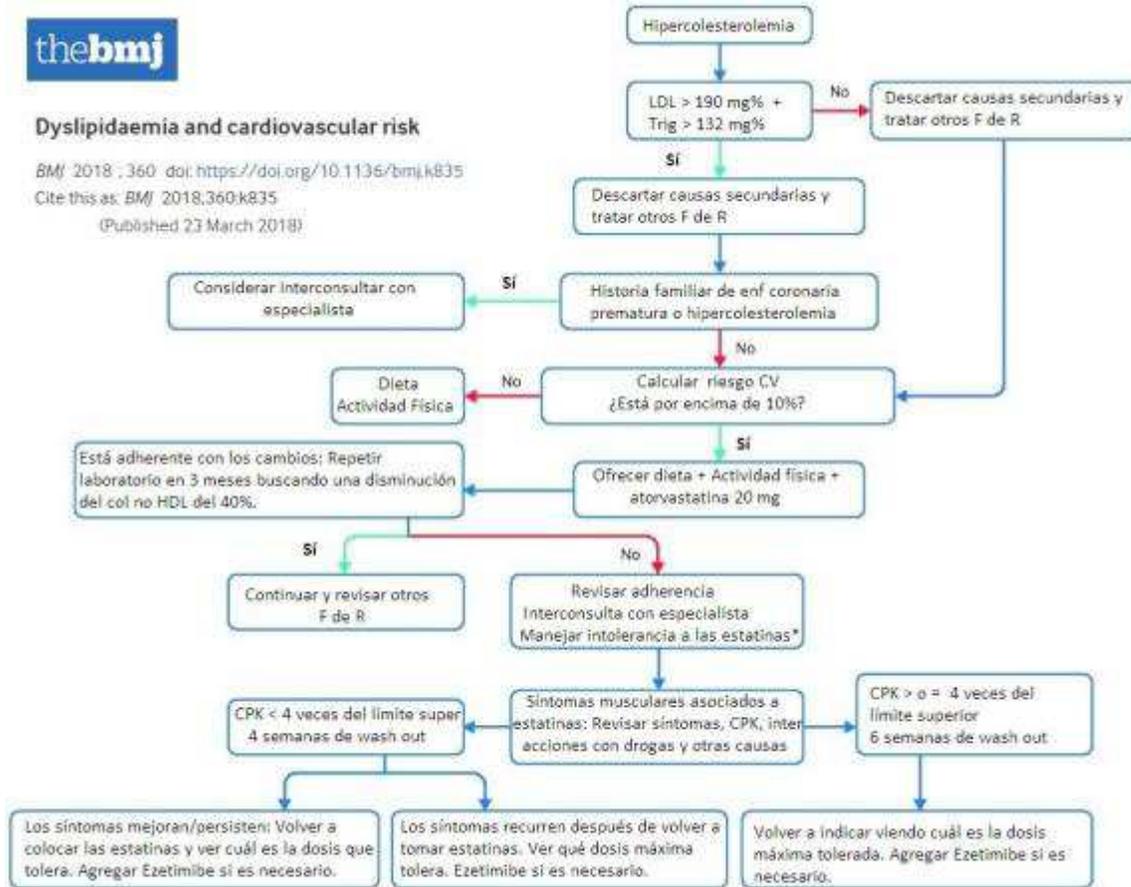
Manejando hipercolesterolemia

Publicado el 08/06/2018



Dyslipidaemia and cardiovascular risk

BMJ 2018; 360: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k835>
 Cite this as: BMJ 2018;360:k835
 (Published 23 March 2018)



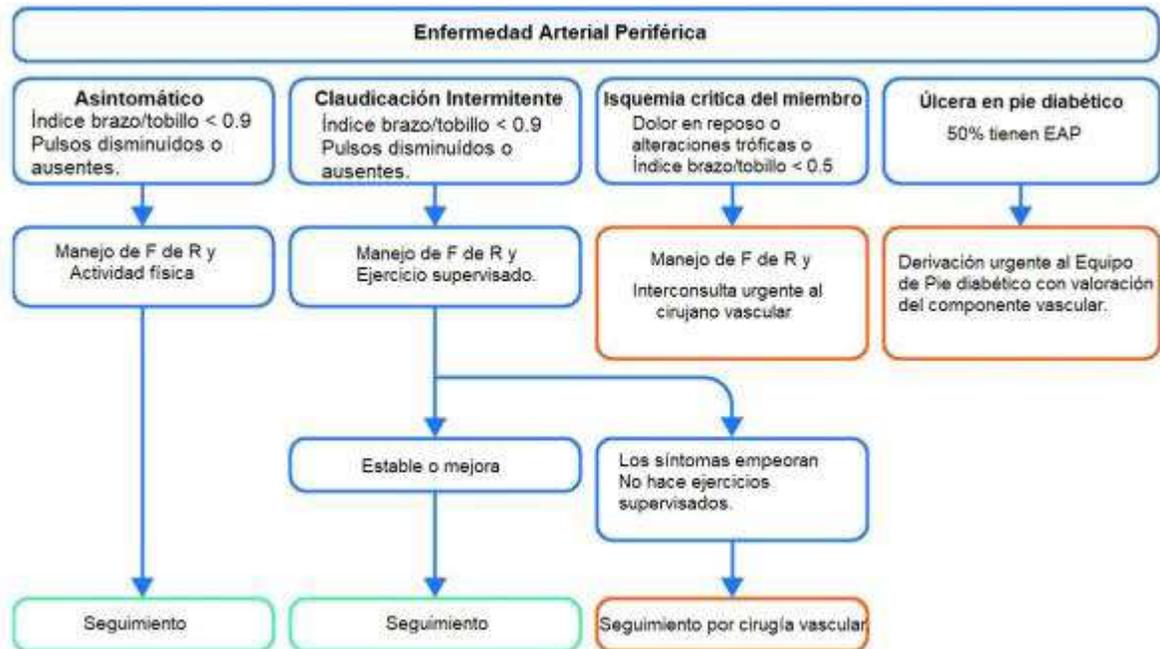
* Manejar la dosis más baja tolerable o espaciar los días.

Enfermedad Arterial Periférica.

Publicado el 06/02/2018

Lo que tenés que saber:

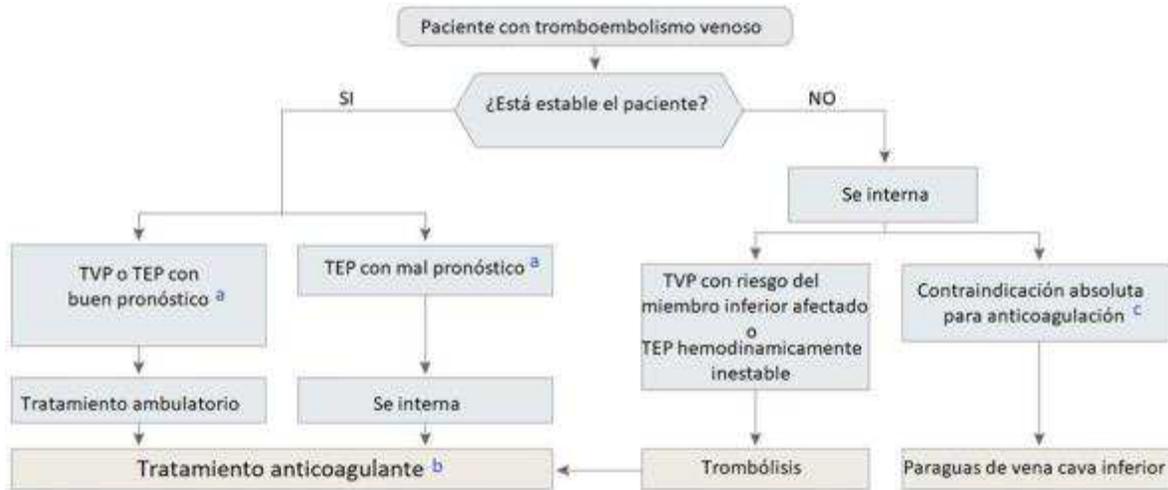
- La mayoría de las personas con enfermedad arterial periférica son asintomáticas.
- La enfermedad arterial periférica se asocia con un alto riesgo de complicaciones vasculares, como IAM, ACV, demencia vascular, enfermedad renovascular y enfermedad mesentérica.
- Pocos pacientes con claudicación intermitente desarrollan complicaciones que amenazan las extremidades (1-3% en 5 años).
- El manejo de los factores de riesgo, como tabaquismo, DBT y dislipidemia, es clave para reducir el riesgo de complicaciones vasculares.
- Los pacientes con isquemia crítica de MMII tienen un alto riesgo de amputación y muerte prematura.



<https://www.bmj.com/content/360/bmj.j5842?fbclid=IwAR0hqAaEBf-avdYX5Wexv-2tZmVf3enIRrbBYvvnjA9ZO9jB86PA7xB7xS4>

Pacientes con tromboembolismo venoso.

Publicado el 28/10/2018

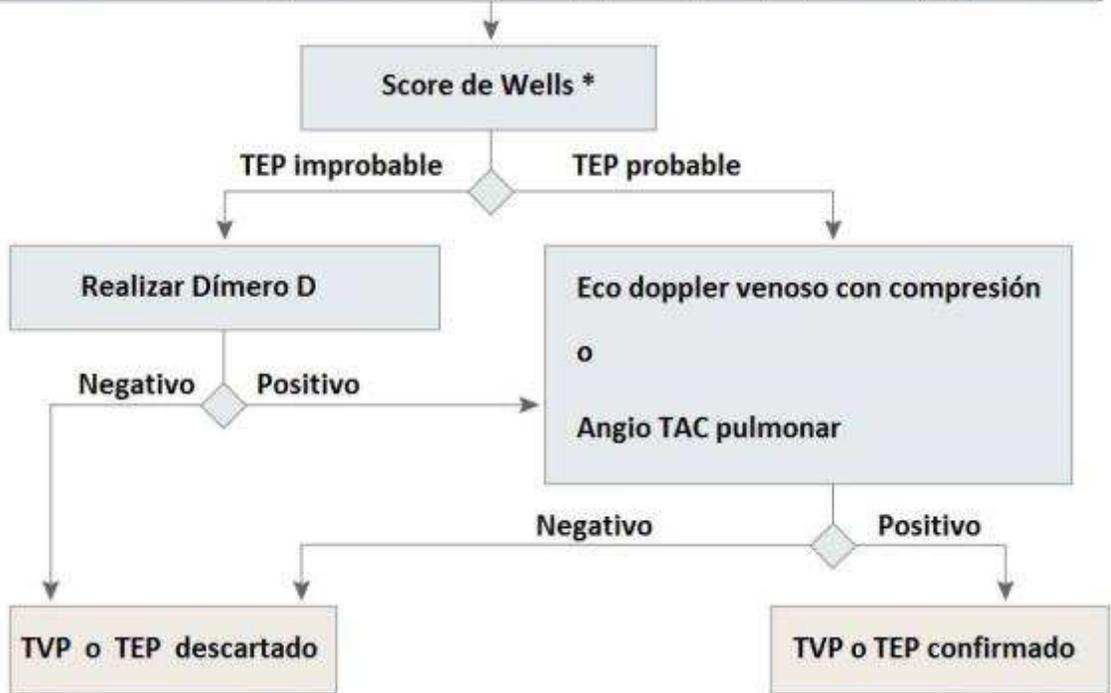


a: Se valora la mortalidad a 30 días con el Índice de Severidad de TEP.

b: Se inicia tratamiento con Acoag orales (rivaroxaban o apixaban, o se inicia con heparina de bajo peso molecular seguido de dabigatran o edoxaban). El acenocumarol siguiente a heparina es para pacientes con un clearance < 30.

c: Sangrado activo, alto riesgo de sangrado u otras contraindicaciones.

Pacientes con sospecha de Tromboembolismo Venoso
Síntomas de trombosis venosa profunda: Dolor, rubor, calor y tensión en la pierna.
Síntomas de TEP: Disnea, dolor torácico, síncope, hemóptisis, taquicardia, hipotensión



Score de Wells

- Estancia en cama reciente por más de 3 días reciente o cirugía mayor en las últimas 4 semanas: 1
- Molestias a lo largo del trayecto del sistema venoso profundo: 1
- Edema de toda la pierna: 1
- Aumento del perímetro de la pantorrilla de más de 3 cm respecto a la pierna contralateral: 1
- Edema con fóvea mayor en la pierna sintomática: 1
- Venas colaterales superficiales (no varicosas): 1
- Otro diagnóstico alternativo tanto o más probable que la TVP: - 2

- > = 3 Alta probabilidad de TEP
- 1 a 2 Probabilidad intermedia TEP
- 0 Baja probabilidad de TEP



u: Si el factor de riesgo es transitorio no quirúrgico (ej. inmovilización, embarazo, o estrógenos terapia), se puede considerar el tratamiento extendido dado la seguridad de los acoag orales.

doi:10.1001/jama.2018.14346

Actividad física en la claudicación intermitente

Publicado el 03/08/2018

La evidencia de alta calidad muestra que los programas de ejercicio proporcionaron un beneficio importante en comparación con el placebo o la atención habitual para **mejorar la distancia de caminata máxima y sin dolor en las personas con dolor en las piernas por claudicación intermitente** que se consideraron aptas para la intervención de ejercicios.

El ejercicio NO mejoró el índice brazo-tobillo y no se encontró evidencia de un efecto positivo del ejercicio sobre la amputación o la mortalidad.

El ejercicio puede mejorar la calidad de vida en comparación con el placebo o la atención habitual.

A medida que ha transcurrido el tiempo, los ensayos emprendidos han comenzado a incluir ejercicio tradicional versus otras modalidades de ejercicio; por lo tanto, podemos incluir menos pruebas nuevas en esta actualización.

https://www.cochrane.org/CD000990/PVD_exercise-reducing-intermittent-claudication-symptoms

¿Rastreás FA?

Publicado el 09/08/2018

Cuando uno piensa en fibrilación auricular (FA) lo asocia a un mayor riesgo de ACV e IC y esto la convierte en una enfermedad grave.

Muchas personas tienen fibrilación auricular y no lo saben, y su prevalencia sigue aumentando en paralelo con el creciente número de personas que viven con obesidad y factores de riesgo cardíaco.

Estos elementos, junto con la proliferación de dispositivos capaces de controlar el ritmo cardíaco, han llevado a muchos médicos a promover la detección de FA.

La hipótesis es que la detección temprana permitiría el tratamiento con anticoagulación, que luego ofrecería un beneficio clínico neto.

Sin embargo, la Fuerza de Tareas Americana (USPSTF), publicó en el *JAMA*, ¹² que la evidencia actual es **insuficiente para evaluar el equilibrio entre beneficios y daños de la detección de FA con electrocardiografía (ECG) (Recomendación I).**

Falta de eficacia

Un programa de detección de FA debe hacer más que detectar la arritmia o aumentar el uso de medicamentos anticoagulantes; debe brindar más beneficios que daños en el grupo examinado.

Dado que no hay ensayos que evalúen los resultados clínicos de los programas de detección de FA, solo podemos estimar la eficacia multiplicando el número necesario para diagnosticar 1 nuevo caso de FA por el número necesario para tratar con anticoagulación para prevenir un accidente cerebrovascular.

Se analizaron los datos del STROKESTOP, **3** un estudio de detección de FA utilizando registros intermitentes de ECG en individuos de 75 a 76 años en 2 regiones suecas.

En esta cohorte de pacientes de mayor edad, **el número necesario para rastrear (NNR) la FA y prevenir 1 ACV fue igual a 10.000.**

En comparación, **el NNR para el aneurisma aórtico abdominal para evitar 1 muerte por AAA es de 250.**

Para el rastreo de detección con SOMF, el NNR es 625.

La prevalencia de FA aumenta con la edad; por lo tanto, el NNR para prevenir 1 ACV sería más alto en personas menores de 75 años.

Cálculo de muestra de NNR para AF con ECG para evitar 1 ACV

Se encuentra una FA nueva en el ECG inicial en el 0,5% de la población examinada.

NNR para diagnosticar 1 nuevo caso de FA, $1 / 0.005 = 200$ personas

Reducción estimada del riesgo absoluto de la anticoagulación, 2%

Número necesario para tratar para prevenir 1 ACV, $1 / 0.02 = 50$ personas

NNR rastrear para prevenir 1 ACV, $200 \times 50 = 10\ 000$ personas

Todos los datos son del estudio STROKESTOP.

Daños por detección de la FA

Las pruebas de FA, ya sea por palpación de pulso, ECG, teléfonos inteligentes o grabaciones de relojes inteligentes, tienen una baja especificidad.

Dada la baja prevalencia de FA en las poblaciones examinadas, la capacidad de identificar correctamente pacientes sanos sin fibrilación auricular es crítica.

En el estudio SAFE: Detección de la FA en los ancianos, la especificidad de los hallazgos del ECG de médicos generales o enfermeras fue aproximadamente del 90%.

Esto puede parecer razonable, pero tener 10% de falsos positivos puede conducir a un gran número de diagnósticos falsos cuando se usa para buscar una afección con baja prevalencia.

Incluso si el test de rastreo tuviera una especificidad más alta (95%), por cada millón de personas evaluadas, se informaría erróneamente a 49 000 personas que tendrían FA.

Si la mitad de estas personas comienza una terapia anticoagulante y el riesgo absoluto de aumento de la hemorragia mayor es del 1%, entonces 250 personas experimentarían una hemorragia iatrogénica innecesaria.

Cálculo de muestra de diagnóstico erróneo de FA a una especificidad del ECG del 95%

Especificidad de ECG, 95%

Población cubierta, 1.000.000 personas

Prevalencia de FA, 2%

Número Con FA, $0.2 \times 1.000.000 = 20.000$ personas

Número Sin FA: $1.000.000 - 20.000 = 980.000$ personas

Verdaderos negativos: $0,95 \times 980\ 000 = 931\ 000$ personas “sanas” que no tienen FA

Falsos positivos, $0.05 \times 980\ 000 = 49\ 000$ personas diagnosticadas falsamente con FA

No comprendemos la FA lo suficiente como para detectarla

El segundo criterio de selección de Wilson y Jungner requiere una comprensión sólida de la historia natural de la enfermedad.

La fibrilación auricular no es simple ni bien entendida.

Comprendemos parcialmente la relación entre la FA y el accidente cerebrovascular:

Múltiples estudios de cohortes encuentran una asociación entre FA y mayor riesgo de ACV, la estasis de sangre en la aurícula durante la FA proporciona plausibilidad biológica de una relación causal.

Sin embargo Kamel y col⁴ han descrito que la FA no cumple muchos de los criterios de Bradford Hill para juzgar la causalidad.

La fibrilación auricular no se ajusta a los criterios de temporalidad de la causalidad.

En el estudio TRENDS, la mayoría de los pacientes que sufrieron un ACV no tuvieron episodios de FA en los 30 días previos a su evento.

La fibrilación auricular también falla en cuanto a la especificidad, ya que muchos ACV que ocurren en pacientes con FA son causados por aterosclerosis de vasos pequeños o grandes, no por embolias cardíacas.

La fibrilación auricular puede no coincidir con el gradiente biológico o la curva dosis-respuesta; por ejemplo, debería haber un mayor riesgo de ACV en la FA permanente que en la FA paroxística.

Algunos estudios muestran un gradiente de riesgo basado en el tipo de fibrilación auricular, otros no. Y si la FA causaba un accidente cerebrovascular, según los criterios de Bradford Hill se podría pensar que el control del ritmo debería reducir el riesgo de ACV. Sin embargo así no se comporta.

Finalmente, y quizás lo más importante, es la falsa creencia de que conocemos el riesgo de ACV en pacientes con FA no tratada.

Una revisión sistemática de 34 estudios de cohortes y ensayos clínicos aleatorizados que reclutaron pacientes no tratados con anticoagulación encontró que las tasas de ictus variaron entre el 0,45% y el 9,28% por año.

Esta variabilidad probablemente no se debió a las diferencias iniciales en las cohortes: los autores notaron la variación múltiple de las tasas de ACV con cualquier puntaje de CHA₂DS₂-VASc. (5)

Los pacientes con FA detectada en el rastreo pueden no beneficiarse de la anticoagulación tanto como los pacientes sintomáticos en ensayos previos.

No hay estudios de pacientes tratados que fueron detectados de FA.

En la década del '90, se demostró que la anticoagulación frente a la ausencia de terapia o la aspirina para la FA proporciona un beneficio clínico neto en ensayos clínicos que reclutaban pacientes remitidos en su mayoría desde consultorios médicos.

Treinta años más tarde, sin embargo, el entorno ha cambiado: las tasas de ACV han disminuido, el tratamiento del ACV agudo ha mejorado; y el aumento de los dispositivos de detección de FA ha llevado a una búsqueda mucho más agresiva de FA.

Es necesario un ensayo clínico para saber si el beneficio neto de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular detectada sigue siendo el mismo que en la década del '90.

Conclusiones

Si se adoptan exámenes de detección de FA en ausencia de datos de resultados, cientos de miles, tal vez millones, de personas tendrían un diagnóstico correcto y otros millones de personas tendrían un diagnóstico erróneo de un trastorno cardíaco.

Antes de convertir a esta gran cantidad de personas en pacientes, debe haber evidencia convincente de que los beneficios de este rótulo exceden los daños.

Hacen falta extraer conclusiones de ensayos clínicos aleatorizados sobre detección de FA antes de adoptar esta práctica.

La experiencia nos dice lo difícil que es detener incluso una práctica peligrosa o ineficaz.

Referencias

1. *JAMA* . doi: [10.1001 / jama.2018.4190](https://doi.org/10.1001/jama.2018.4190)[Google Scholar](#)
2. *JAMA* . doi: [10.1001 / jama.2018.10321](https://doi.org/10.1001/jama.2018.10321)[Google Scholar](#)
3. Svennberg E, Engdahl J, Al-Khalili F, Friberg L, Frykman V, Rosenqvist M. Detección de masa para la fibrilación auricular no tratada: el estudio STROKESTOP. *Circulación* . 2015; 131 (25): 2176-2184. doi: [10.1161 / CIRCULATIONAHA.114.014343](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014343)[PubMed](#) [Google Scholar](#)[Crossref](#)
4. Kamel H, Okin PM, Elkind MSV, Iadecola C. Atrial fibrillation and mechanisms of stroke: time for a new model. *Stroke*. 2016;47(3):895-900.[PubMed](#)[Google Scholar](#)
5. Quinn GR, Severdija ON, Chang Y, Singer DE. Wide Variation in Reported Rates of Stroke Across Cohorts of Patients With Atrial Fibrillation. *Circulation*. 2017;135(3):208-219. doi:[10.1161/CIRCULATIONAHA.116.024057](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.024057)[PubMed](#)[Google Scholar](#)[Crossref](#)

ACV embólico de origen desconocido.

Publicado el 26/05/2018

La semana pasada se publicó en el NEJM algunas conclusiones del ensayo clínico aleatorizado sobre Rivaroxaban vs AAS. El mismo es financiado por la industria y se presentó también en la European Stroke Organization Conference en Suecia. [1]

Se aleatorizaron más de 7200 adultos de 50 años o más que habían tenido recientemente un ACV isquémico que se suponía causado por embolia cerebral, pero sin estenosis arterial, lacunar o una fuente cardioembólica conocida.

Una rama recibió **rivaroxaban (15 mg%/día) más placebo**, y la otra **aspirina (100 mg diarios) más placebo**.

Durante una mediana de seguimiento de 11 meses, la tasa anualizada de ACV recurrente (cualquier tipo) o embolia sistémica no difirió significativamente entre los grupos, en aproximadamente el 5%.

Sin embargo, **en la rama rivaroxabán se produjo más hemorragia mayor que con aspirina** (1,8% frente a 0,7%), **al igual que la hemorragia mortal** (1,0% vs 0,4%). Esto generó que el ensayo se detuviera tempranamente.

El Rivaroxaban no es superior a la AAS en pacientes con ACV embólico de origen desconocido

En los pacientes con ACV embólico de origen desconocido, el rivaroxabán NO es mejor que la AAS para prevenir un ACV recurrente, y puede producir mayor sangrado.

[1] <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1802686>

¿AAS + Clopidogrel o AAS sola en el TIA y en el ACV?

Publicado el 24/05/2018

Se acaba de publicar un ensayo clínico aleatorizado que brinda algunas respuestas.

En pacientes con ACV isquémico leve o un ataque isquémico transitorio de alto riesgo (AIT), el tratamiento con clopidogrel + AAS previene más ACVs recurrentes, aunque la combinación también causa más sangrado que la aspirina sola. [1]

Cerca de 5000 pacientes en 10 países fueron aleatorizados, dentro de las 12 horas de AIT o un ACV menor, a:

1. Clopidogrel + AAS

o

2. Placebo + AAS

Ambas ramas continuaron tratamiento por 90 días

En general, ocurrieron significativamente menos eventos isquémicos mayores con clopidogrel + AAS que con aspirina sola (5.0% vs. 6.5%), con el beneficio limitado a una reducción en el accidente cerebrovascular recurrente.

Sin embargo, se produjo más hemorragia mayor con clopidogrel (0,9% frente a 0,4%).

La mayor parte del beneficio con respecto a la prevención de un ACV ocurrió en la primera semana de tratamiento con la combinación AAS + Clopidogrel, mientras que la mayoría del sangrado ocurrió más tarde.

Si se utiliza terapia dual, debe limitarse a las primeras 3 semanas después de un AIT o un accidente cerebrovascular menor y luego pasar a la monoterapia.

[1] <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1800410?query=pfwRS&jwd=000101814353&jspc=GP>

Rehabilitación después de un ACV.

Publicado el 07/03/2018

Intenso...Muy intenso.

El ACV causa importante discapacidad en miembros superiores.

Existen 12 revisiones Cochrane sobre el tema. Incluyen: terapia de movimiento inducido por restricción, práctica mental, movimientos en espejo, realidad virtual, práctica de tareas repetitivas, estimulación eléctrica y terapia ocupacional. Un autor se ocupó de agruparlas en una sola revisión [1].

Este estudio se llamó "Revisión general" porque básicamente es una revisión sistemática de revisiones sistemáticas del ACV de MMSS. En total, incluyó 40 revisiones sistemáticas (19 revisiones Cochrane y 21 revisiones no Cochrane con 18.078 participantes) que buscaban mejorar la funcionalidad de MMSS post ACV.

¿Qué encontraron?

Buenas y malas noticias.

La mala noticia es que:

La evidencia es insuficiente para mostrar qué intervenciones son las más efectivas para mejorar la función del miembro superior afectado.

La buena noticia es que hay evidencia de calidad moderada que sugiere que cada una de las siguientes intervenciones puede ser efectiva:

Terapia de movimiento inducida por restricción: Donde sólo practica con la mano afectada por 6 horas/día dejando la mano indemne tapada para que no la pueda usar.

Práctica mental

Terapia de espejo

Realidad virtual

Tarea Repetitiva por muchas horas.

¿Cuán intenso debe ser el tratamiento?

Las guías del NICE (Rehabilitación del ACV en adultos) del 2013 recomendaron que se ofrezcan inicialmente al menos **45' de cada terapia de rehabilitación al menos por 5 días/semana** a las personas que tienen la posibilidad de participar.

Un artículo reciente en *Advances in Clinical Neuroscience and Rehabilitation*, llamado *The Future of Stroke Rehabilitation: Upper Limb Recovery*, señala que existe una preocupación real de que la dosis y la intensidad de la rehabilitación de MMSS después del ACV sea muy baja. Se recalca que al menos 2 o 3 horas de entrenamiento/día, durante 6 semanas, reducen el deterioro y mejora la funcionalidad significativamente al iniciar al mes o dos después del ACV.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg162>

¿Qué ocurre con los pacientes que revierten su FA?

Publicado el 23/05/2018

Se acaba de publicar un estudio retrospectivo en el BMJ [1].

Los investigadores compararon a 11.000 pacientes cuya FA se consideró resuelta con 15.000 pacientes con FA no resuelta y 22.000 pacientes sin historia de FA.

Durante una mediana de seguimiento de aproximadamente 3 años, la tasa de ACV o AIT entre aquellos con FA resuelta fue 59% más alta que entre aquellos sin FA (12.1 vs. 7.4 por 1000 persona/años), aunque no fue tan alta como aquellos con AF actual (16.7 por 1000 persona/años).

Las tasas de mortalidad siguieron un patrón similar.

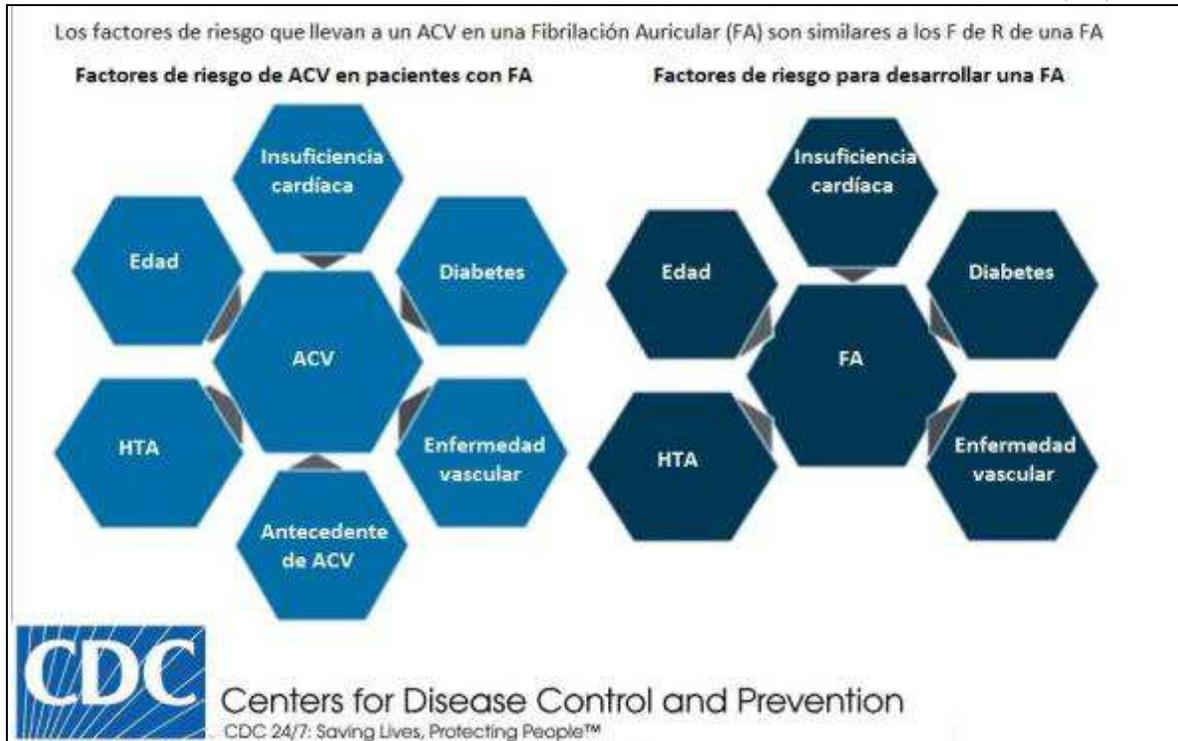
Solo el 17% de los pacientes estaba tomando anticoagulantes actualmente cuando se les diagnosticó la FA resuelta.

Los autores concluyen: "**Estos pacientes se beneficiarían continuando la profilaxis anticoagulante, aunque tenés que tener en cuenta que las tasas de tratamiento en este grupo son extremadamente bajas.**"

[1] <https://doi.org/10.1136/bmj.k1717>

Los F de R de un ACV en pacientes con fibrilación auricular son similares a los F de R para ACV.

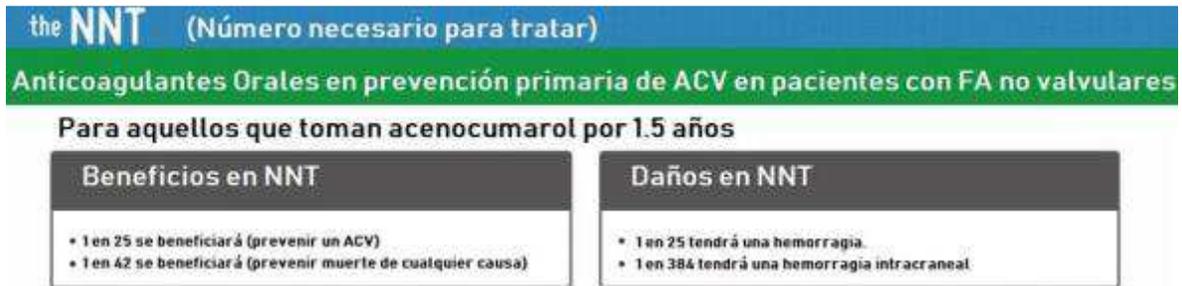
Publicado el 03/05/2018



NNT de dar anticoagulantes para prevenir un ACV

Publicado el 08/07/2018

El NNT es el número necesario para tratar. Estos datos pertenecen a la página <http://thennt.com/> sobre beneficios y daños de tratar con anticoagulantes a los pacientes con FA sin valvulopatías.



Tratar con estatinas a las personas con colesterol alto.

Publicado el 25/09/2018

Una de las cosas más difíciles de explicar es por qué la detección de algunas enfermedades en sus etapas iniciales puede causar más daño que beneficio.

El colesterol elevado se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y a menudo se recetan estatinas a personas con niveles elevados de colesterol con la intención de reducir el riesgo de IAM o ACV.

Lo poco intuitivo es entender porque las estatinas sólo ayudan a las personas que ya han tenido un IAM o un ACV y no a la mayoría de las personas.

¿No está bien tomar estatinas para prevenir un infarto?

¿Por qué alguien debe esperar hasta después de un IAM o un accidente cerebrovascular para comenzar a tomar un medicamento diseñado para prevenir un ataque cardíaco o un derrame cerebral?

La respuesta está en el avance de la enfermedad y las simples peculiaridades estadísticas que conlleva.

En el pasado, los médicos tratábamos enfermedades que causaban síntomas.

Ahora hay más sofisticación en estudios e imágenes que pueden detectar factores de riesgo y enfermedades en sus primeras etapas.

El colesterol elevado no es una enfermedad. No causa síntomas. Es un factor de riesgo.

Las personas con niveles altos de colesterol son un poco más propensas a desarrollar un IAM o un ACV, pero tienen un riesgo mucho menor que las personas que ya tienen una enfermedad cardiovascular.

Aquí vale la pena conocer la definición de **fluencia de una enfermedad**: Esto es, cuando las condiciones previas o los factores de riesgo se tratan como si fueran iguales al estado real de la enfermedad.

Para ayudar a entender este acertijo, imagine un grupo de personas que tienen la rara pero horrible enfermedad A, que es tan terrible que todas sus víctimas morirán.

Ahora imagine el descubrimiento de la mágica droga X, que cura a la mitad de los pacientes con la enfermedad A.

Desafortunadamente, la mágica droga X tiene un perfil de efectos secundarios bastante malo, después de todo, es una droga muy poderosa y el 10% de personas que la toman morirá por insuficiencia hepática.

A pesar de este efecto secundario preocupante, la droga X es verdaderamente un avance para los pacientes con la enfermedad A:

Por cada 200 **pacientes con la enfermedad** que son tratados, 100 sobrevivirán y solo 10 de los 100 sobrevivientes morirán por los efectos secundarios de la droga.

Eso significa que 90 personas de 200, sobrevivirán gracias a la droga X.

Pongamos otro marco:

Si tenemos un grupo de 200 personas, que **no tienen la enfermedad A**, sino que tienen un marcador genético que "está asociado" con la enfermedad A.

En este escenario, solo **1 de cada millón de personas en la población general contraerá la enfermedad**.

Si tiene el marcador genético, el riesgo es mucho más alto, de modo que 2 de estas 200 personas desarrollarán la enfermedad en algún momento en el futuro.

La prueba genética es muy promocionada: "descubra su riesgo temprano, porque ahora tenemos un tratamiento que funciona, ¡y cuanto antes lo traten, mejor!"

La parte de verdad en esto es que de las 2 personas identificadas mediante la prueba genética, 1 (50%) evitará el IAM o el ACV por tomar la droga X.

Esto podría sonar tan bueno como antes pero salvar esa vida no vale ni remotamente el daño causado por la droga X en estas 200 personas.

Mientras que cada individuo tiene un riesgo de enfermedad de 10.000 veces, solo 2 están destinados a morir por ello. Por otro lado, si toman la droga X, casi 20 (10% de los 199 sobrevivientes) morirán innecesariamente por insuficiencia hepática.

La mayoría de las personas con colesterol alto tienen un factor de riesgo para una enfermedad, pero no la enfermedad en sí misma.

La mayoría de las personas con colesterol alto pero sin enfermedad cardíaca conocida no morirán por un IAM o un ACV.

La gran diferencia entre la droga X y las estatinas es que los medicamentos para reducir el colesterol no son ni tan beneficiosos ni tan dañinos para las personas de bajo riesgo, los daños de las estatinas aparecen simplemente para equilibrar sus beneficios.

La desventaja principal son los costos para los pacientes, el tiempo perdido y los inconvenientes causados por el intento de prevenir la enfermedad antes de que suceda.

Por supuesto, hay otro daño: nuestra mirada mal dirigida.

Resulta que en comparación con tomar una estatina, **hacer actividad física** es tan efectivo como tomar una estatina para prevenir la enfermedad cardíaca y la muerte.

Una revisión del Lancet es reveladora:

Un gran número de personas con estatinas son tratadas en exceso. Contraintuitivamente en el grupo de pacientes de alto riesgo, la mayoría no recibe tratamiento adecuado.

1. Redberg RF, Katz MH. Statins for primary prevention: The debate is intense, but the data are weak. *JAMA Internal Medicine*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7585>.

2. Abramson J, Redberg RF. Don't Give More Patients Statins. *New York Times* 2013. http://www.nytimes.com/2013/11/14/opinion/dont-give-more-patients-statins.html?_r=0.

3. Ioannidis JP. More Than a Billion People Taking Statins?: Potential Implications of the New Cardiovascular Guidelines. *JAMA*. Dec 2, 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24296612>.

4. Abramson JD, Rosenberg HG, Jewell N, Wright JM. Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin? *BMJ*. 2013;347:f6123. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24149819>.
5. Newman DH, Saini V, Brody H, et al. Statins for people at low risk of cardiovascular disease. *Lancet*. Nov 24, 2012;380(9856):1814; author reply 1817-1818. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23177692>.
6. Redberg RF. Reassessing Benefits and Risks of Statins. *New England Journal of Medicine*. 2012;367(8):776-776. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1207079>.
7. Wright JM. *Do statins have a role in primary prevention? An update*. 2010. <http://www.ti.ubc.ca/sites/ti.ubc.ca/files/77.pdf>.
8. Han BH, Sutin D, Williamson JD, et al. Effect of statin treatment vs usual care on primary cardiovascular prevention among older adults: The Allhat-LLT randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*. 2017;177(7):955-965. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.1442>

<https://jeannelenzer.com/medical-examiner-blog/2017/12/20/disease-creep-how-were-fooled-into-using-more-medicine-than-we-need>

Diabetes

Relación entre pre-diabetes y diabetes

Publicado el 27/05/2018

La mayoría de nosotros sabe que la diabetes está empeorando en todo el mundo. Los análisis de sangre pueden detectar una etapa antes de que se desarrolle la diabetes, esto es cuando el cuerpo comienza a tener problemas para nivelar los niveles de glucemia. Se lo conoce como pre-diabetes.

¿Y ahora qué?

En primer lugar, tener pre-diabetes **no significa que definitivamente tendrá diabetes**. De hecho, **menos de la mitad de las personas con pre-diabetes desarrollarán DBT 2 en una década**.

Por otra parte hay falsos positivos si uno decide hacer un rastreo masivo y muchos rótulos.

¿Es obvio entonces que la pérdida de peso y el ejercicio pueden prevenir la diabetes?

Bueno, quizás no. Actualmente, se recomienda a las personas con pre-diabetes que pierdan peso y se muevan, pero la evidencia de esto no es clara.

Una reciente **revisión Cochrane [1]** intentó aclarar si la dieta, la actividad física o ambas combinadas en personas con pre-diabetes, pueden detener (o al menos retrasar) la aparición de DBT 2.

Los autores encontraron 12 ensayos controlados aleatorizados que intentaron cambiar el estilo de vida de las personas durante al menos 2 años (y hasta por 6 años). En conjunto, estos estudios incluyeron a más de 5.000 personas con pre-diabetes.

Todos los estudios fueron ligeramente diferentes, pero todos asignaron personas con pre-diabetes a diversas intervenciones de dieta y ejercicio en diferentes combinaciones vs lo que hacían habitualmente.

Los principales hallazgos de la revisión fueron que:

Las personas que tienen pre-diabetes probablemente pueden prevenir o retrasar el desarrollo de la diabetes tipo 2 mediante:

Cambio de sus hábitos alimenticios y aumento de la actividad física.

No está claro si la dieta sólo o el ejercicio sólo son efectivos en prevenir el desarrollo de DBT. El número de personas incluidas en estos estudios (los de "sólo dieta" o "sólo ejercicio") fue pequeño, por lo que no fue posible determinar si algún efecto beneficioso fue real o se debió al azar.

No está claro si los cambios en la dieta y la actividad física afectan de alguna manera el riesgo de enfermedad cardíaca, ACV o muerte en personas con pre-diabetes. Tampoco se mencionan la aparición de otras complicaciones de la DBT, como la enfermedad renal y ocular al tratar a pre-DBT.

¿Cuál es la implicancia de estos hallazgos?

Actualmente, se recomienda a las personas con pre-diabetes que reduzcan su consumo de calorías y aumenten su actividad física, que es un consejo general para toda la población. Hay bastante buena evidencia proveniente de esta revisión que estas acciones ayudan a prevenir (o retrasar) el desarrollo de DBT 2.

Aunque no funcionará para todos...

En el grupo que los investigadores seleccionaron para perder peso y volverse más activos, **15 de c/100 personas contrajeron diabetes** durante el período de seguimiento de los estudios.

En el grupo "seguí como estabas", **26 de c/100 personas con prediabetes desarrollaron DBT2**. Por lo tanto, es probable que sea menos probable que termine con diabetes tipo 2 adoptando cambios de hábitos, pero puede convertirse en DBT.

Las intervenciones, ¿fueron similares?

Bueno, no fueron del todo homogéneo las indicaciones de dieta y ejercicio que les dieron a los pacientes. Eso es complicado.

La mayoría de los tratamientos dietéticos tuvieron como objetivo lograr que las personas reduzcan su consumo de calorías con el objetivo de perder peso. Algunos estudios también hicieron hincapié en reducir el consumo de grasas y aumentar las fibras dietéticas.

Las intervenciones de ejercicio también variaron. Algunos estudios requerían más intensidad y otras, más minutos por semana.

Cualquiera que haya intentado comer menos y moverse más sabrá que es difícil y requiere sacrificio. No quedó claro a partir de estos estudios si las personas que cambiaron sus estilos de vida terminaron con una mejor calidad de vida que aquellos que no hicieron nada.

Además, la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión utilizaron alguna forma de visitas o de equipo terapéutico para motivar a las personas a cambiar sus estilos de vida. Esto simplemente no está disponible para la mayoría de nosotros en el mundo real.

Todavía tenemos mucho que aprender sobre la mejor manera de ayudar y motivar a las personas a comer adecuadamente y caminar más.

[1] <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003054.pub4/full>

Hipoglucemiantes orales.

Publicado el 19/06/2018

Inhibidores del co-transportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2)

Glifozinas:

- Dapagliflozina.
- Empagliflozina.
- Canagliflozina.

Agonistas del co-transportador sodio-glucosa tipo 1 (SGLT1) (GLP1)

Incretinas:

- Liraglutida.
- Exenatida.

Inhibidores de la dipeptidil peptidasa (DPP-4)

- Vildagliptina.
- Sitagliptina.
- Saxagliptina.
- Linagliptina.

Te recomendamos ver el video que habla de estas drogas en:

<https://www.facebook.com/profammf/videos/1948141548551793/>

Hipoglucemiantes orales y dieta baja en hidratos de carbono.

Publicado el 16/12/2018

Diabetes tipo II
Drogas y dieta hipohidrocarbonada

Existen 3 consideraciones cuando se usan hipoglucemiantes orales y se indica una dieta baja en hidratos de carbono:

- Hay riesgo de hipoglucemia?
- Qué tanto es el grado de restricción de carbohidratos?
- Los beneficios de la medicación son mayores que los efectos adversos o riesgos potenciales?

Droga	Acción	Riesgo hipog	Si se aconseja una dieta baja o sin hidratos de carbono se sugiere ...
Biguanidas	Reduce la gluconeogenesis hepática y la resistencia insulínica periférica.	NO	Opcional. Se deben evaluar pros y contras.
Agonistas GLP-1 Liraglutida - Exenatida	Estimulan la liberación de insulina Retardan el vaciado gástrico.	NO	Opcional. Se deben evaluar pros y contras.
Insulinas	Insulina exógena.	SI	Reducir la dosis o suspender.
Sulfonilureas	Aumentan secreción insulínica páncreas	SI	Se sugiere bajar la dosis a la mitad o suspenderlas
Meglitinidas: Repaglinida	Aumenta la secreción insulínica páncreas	SI	Se sugiere bajar la dosis a la mitad o suspenderlas.
(-) SGLT2: Glifozinas	Reduce la reabsorción renal de glucosa.	NO	Suspender.
Tiazolidinedionas *	Reduce la resistencia insulina periférica	NO	Habitualmente suspender.
(-) DPP4: Sitagliptina, Vildagliptina	(-) la enzima DPP4	NO	Suspender, no hay riesgo significativo pero en la mayoría no se beneficia
Control con hemoglucio	Proveer información sobre los niveles de glucosa.	Algunas personas pueden beneficiarse de conocer los niveles de glucemia cuando comienzan con la dieta y toman concomitantemente hipoglucem.

* Pio y rosiglitazonas

¿Las sulfonilureas afectan la mortalidad o los eventos cardiovasculares?

Publicado el 23/10/2018

Evidencia:

Sulfonilurea (tolbutamida) versus placebo

- La mayoría de los ensayos controlados aleatorios (ECA) investigaron la HbA1c. No estuvieron primariamente orientados a resultados del paciente.
- El mayor ECA con resultados de pacientes (n = 409). Casi 5 años de seguimiento.

Mortalidad por todas las causas:	No significativo	14.7% vs 10.2%
IAM	No significativo	13.7% vs 10.7%
Mortalidad CV	Aumento significativo	12.7% vs 4.9%

Número necesario para dañar (NND) = 13

Limitaciones:

Posible sesgo en la aleatorización.

El fumar, no fue incluido en la línea de base.

Datos demográficos no bien establecidos.

Se utilizaron sulfonilureas de primera generación.

Sulfonilurea (glipizida) versus metformina

- Ensayo Clínico aleatorizado (ECA). n = 304. Duración 5 años, pacientes con enfermedad coronaria, media de HbA1c 7.6%,

Eventos CV compuestos	Aumento significativo	35% vs 25%
------------------------------	------------------------------	-------------------

Número necesario para dañar (NND) = 13

Sulfonilurea (gliburida) versus metformina

- ECA (n = 2,895), 4 años, promedio de HbA1c 7.4%

Mortalidad por todas las causas	No significativo	2,2% vs 2,1%
--	-------------------------	---------------------

Eventos CV totales **Aumento significativo** 2,9% vs 4.0%

Limitaciones: Casi 40% de los participantes abandonaron el Ensayo Clínico Aleatorizado después de la aleatorización.

Sulfonilurea + metformina vs Pioglitazona:

- ECA (n = 3028), ~ 5 años

Eventos CV totales **No hay diferencia**

Sulfonilurea versus inhibidores de la DPP-4:

Mortalidad **No hay diferencia** 0.5% vs 0.4%

Eventos CV principales: **Aumento significativo** 3.4% vs 1.5%

NND = 53

- Dos revisiones sistemáticas de estudios observacionales reportan un **mayor riesgo CV** con sulfonilureas, sin embargo múltiples factores de confusión limitan las conclusiones.

Conclusiones:

- **Aún no hay evidencia conclusiva que pruebe que las sulfonilureas aumenten los eventos cardiovasculares o la mortalidad en los pacientes con DBT 2.**
- **En todo caso, hay cierta tendencia a aumentar potencialmente el daño cardiovascular.**
- **Las sulfonilureas aumentan el riesgo de hipoglucemia grave (<1% en general) y aumento de peso (~ 2.1kg).**
- **Necesitamos pensar críticamente sobre el uso de sulfonilureas más allá de la reducción de HbA1C (~ 0.8%), el bajo costo y ver qué sucederá en las próximas guías de práctica.**

Referencias:

1. Hemmingsen B, Schroll JB, Wetterslev J, et al. CMAJ Open. 2014; 2(3):E162-75.
2. Vaccaro O, Masulli M, Nicolucci A, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017; S2213-8587(17)30317-0. [Epubahead of print].
3. Karagiannis T, Paschos P, Paletas K, et al. BMJ. 2012; 12(344):e1369.

4. Gallwitz B, Rosenstock J, Rauch T, et al. *Lancet*. 2012; 380:475-83.
5. Gallwitz B, Guzman J, Dotta F, et al. *Lancet*. 2012; 379:2270-8.
6. Leiter LA, Yoon KH, Arias P, et al. *Diabetes Care*. 2015; 38(3):355-64.
7. Moon J, Ha K, Yoon J, et al. *Acta Diabetol*. 2014; 51(2):277-85.
8. Forst T, Hanefeld M, Jacob S, et al. *DiabVascDis Res*. 2013; 10(4):302-14.
9. Phung OJ, Schwartzman E, Allen RW, et al. *DiabetMed*. 2013; 30(10):1160-71.
10. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet*. 1998; 352:837-53.
11. Bruno G, Ferrero S, Biggeri A, et al. *Diabetes Care*. 2003; 26:2353-8.
12. The Institute for Clinical and Economic Review.
Controversies in the Management of Patients with Type 2 Diabetes. En:
<https://icer-review.org/wpcontent/uploads/2016/01/CEPAC-T2D-Final-Report-December-22.pdf>.

Riesgoso: Cambiar de metformina a sulfonilurea.

Publicado el 9/11/2018

Un estudio publicado en julio [1] incluyó a 77.138 pacientes de 40 o más años con una primera indicación de metformina entre abril de 1998 y marzo de 2013, de los cuales 25.699 agregaron o cambiaron a sulfonilureas durante el seguimiento hasta marzo de 2014.

Un total de 23.592 pacientes que agregaron, o cambiaron, a sulfonilureas fueron emparejados con el mismo número que permanecieron con monoterapia con metformina.

Las causas más frecuentes de muerte en este grupo fueron:

Cáncer (31%)
Enfermedades cardiovasculares (31%) y
Enfermedades respiratorias (10%).

El uso de sulfonilureas como tratamiento de segunda línea, (cambiaron de metformina a sulfonilurea), se asoció con un **aumento significativo del 26% en el riesgo de infarto de miocardio en comparación con la monoterapia con metformina continua (tasa de incidencia de 7.8 frente a 6.2 por 1000 pacientes-año; HR: 1,26).**

Cambiar a sulfonilureas implica:

- * Mayor riesgo de IAM
- * Mortalidad por todas las causas e
- * Hipoglucemia grave en comparación con los que recibieron monoterapia con metformina.

Las sulfonilureas también se asocian con aumento de peso, que puede contribuir a arritmias e isquemia cardíaca.

Todavía las pautas actuales siguen siendo los agentes de segunda línea más comunes para la DBT 2 a pesar de su asociación consistente con un mayor riesgo cardiovascular y la disponibilidad de nuevas clases de medicamentos.

Un editorial que acompaña a este artículo [2] nos recordó que es preferible continuar con la metformina sola y pretender objetivos de HgbA1c más altos antes que cambiar por sulfonilureas tanto para los resultados macrovasculares como para la hipoglucemia.

[1] <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2693>

[2] <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3041>

Lactancia y DBT.

Publicado el 17/01/2018

La duración de la lactancia reduce notablemente la progresión a la diabetes en las mujeres durante los años fértiles?

Se acaba de publicar el estudio CARDIA un seguimiento de una cohorte de 1238 mujeres jóvenes de 18 a 30 años sin diabetes al inicio del estudio (1985-1986) que tuvo 1 o más nacidos vivos después del inicio del estudio y que se tuvo un seguimiento de 30 años. [1]

El aumento de la duración de la lactancia se asoció con una fuerte reducción relativa del 25% al 47% en la incidencia de diabetes en las mujeres incluso después de tomar en cuenta factores clínicos y demográficos, diabetes gestacional, conductas de estilo de vida y aumento de peso.

Resultados:

En total, hubo 182 casos de nuevas diabetes durante 27598 personas-años para una tasa de incidencia global de 6,6 casos por 1000 años-persona (IC del 95%, 5,6-7,6).

La duración de la lactancia mostró una fuerte, asociación inversa gradual con la incidencia de diabetes:

De 0 a 6 meses de lactancia: HR ajustada 0.75 (IC 95%, 0.51-1.09)

Más de 6 meses a menos de 12 meses: HR ajustada 0.52 (IC 95%, 0.31-0.87) y

12 meses o más: HR ajustada 0.53 (0.29-0.98).

No hubo evidencia de modificación del efecto por grupos étnicos, diabetes gestacional o número de partos.

Conclusiones

Este estudio proporciona evidencia bioquímica longitudinal de que la duración de la lactancia se asocia de forma independiente con una menor incidencia de diabetes.

¿Por qué la lactancia protege de una futura DBT materna?

Se requiere más investigación para entender los mecanismos que pueden explicar esta relación pero las hipótesis son que el embarazo normal es un estado resistente a la insulina caracterizado por fluctuaciones intensas en el ayuno materno y la glucemia postprandial, hipertrigliceridemia y aumento de la secreción de insulina.

La lactancia reduce rápidamente los triglicéridos circulantes y la glucosa, disminuye la secreción de insulina y moviliza los depósitos de tejido adiposo.

La evidencia longitudinal muestra que los perfiles metabólicos más favorables persisten después del destete, incluso si la pérdida de peso es mínima o nula.

[1] <https://jamanetwork.com/.../jamainternal.../fullarticle/2668634...>

Umbral de HTA: Una discusión sobre paradigmas.

Publicado el 14/02/2018

Las nuevas guías desarrolladas por la American Heart Association y el American College of Cardiology (AHA/ACC) sobre HTA [1] han traído una verdadera controversia sobre la HTA. Dicha discusión no es banal, no gira en torno al punto de corte que ahora pasa a rotular a casi el 45.6% de los adultos como hipertensos.

En el fondo es una disputa sobre las diferencias genuinas en cómo debemos pensar la salud, la enfermedad y la prevención.

La idea de un umbral numérico no es lógico ya que la HTA no es binaria. No se vuelve real cuando excede ese número, y no desaparece por completo cuando está por debajo de él. El riesgo es un continuo; cuanto mayor es el número, mayor es el riesgo.

Además la nueva guía se basa en datos del controvertido estudio SPRINT [2], y basa sus recomendaciones a poblaciones que no estuvieron representadas en ese estudio.

Por otro lado, dos grupos de atención primaria, la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP) y el Colegio Americano de Médicos (ACP), se negaron a aceptar la nueva guía y publicaron sus propias pautas para mayores de 60 años recomendando que los médicos comiencen el tratamiento solo en pacientes con TA sistólica ≥ 150 mm Hg [3].

Nunca habrá un "número mágico" que pruebe lo que es "correcto". Cualquier umbral inevitablemente implica pros y contras.

La visión del especialista representada por la guía del AHA/ACC alinea su interés en buscar y "eliminar" enfermedades. Este punto de vista no explica suficientemente el inevitable daño colateral. Menosprecia los efectos secundarios adversos del tratamiento (o de sobretratamiento), y casi nunca toma en cuenta el efecto adverso de rotular a las personas sanas que tienen una enfermedad grave. Se centra en la reducción del riesgo relativo y elimina la pequeña reducción del riesgo absoluto. Esta es la razón por la cual el NNT (número necesario para tratar) aumenta a medida que disminuye el nivel absoluto de riesgo.

Para los especialistas, estas limitaciones no son un gran problema, ya que se centran en la enfermedad y no en el paciente en su totalidad. El paternalismo es omnipresente en medicina, y los especialistas son mucho más susceptibles que los médicos de atención primaria.

Por otro lado, los médicos de atención primaria analizan la presión arterial dentro de la perspectiva más amplia del paciente y el contexto de salud pública. Esto no significa que los médicos de atención primaria no estemos al tanto de la relación entre la presión arterial y el riesgo, o que no estemos interesados en la prevención de riesgos cardiovasculares. Pensamos más en los efectos adversos del tratamiento excesivo, ya que trataremos a los pacientes cuando se caen al bajarles la TA demasiado o cuando confundan todos los comprimidos que tendrán que tomar.

Desde una perspectiva de atención primaria, es una locura pensar que casi la mitad de la población adulta tiene una enfermedad que deba tratarse.

Otros problemas:

Se sabe que casi el 76% de los hipertensos está bajo tratamiento actual, y casi la mitad de ellos tienen su HTA bajo control.

Quiere decir que hay muchas personas que sí tienen riesgo que están siendo identificadas y tratadas de manera inadecuada.

Además desde la perspectiva de la salud pública se necesitan medidas que ayuden a crear una cultura que aliente y guíe a las personas hacia estilos de vida que incorporen hábitos saludables de

alimentación y ejercicio. En este caso, la atención se debe centrar en hacer algo positivo y saludable, en lugar de luchar contra una cifra.

[1] <http://bit.ly/2zC58V0>

[2] <http://bit.ly/2nY47zv>

[3] <http://bit.ly/2Hd0cH2>

¿No es tan mala la sal?

Publicado el 12/08/2018

Hace 2 años, Andrew Mentz y sus colegas, [1](#) estudiaron a más de 130.000 personas de 49 países diferentes y concluyeron que la restricción de sal **reducía el riesgo de enfermedad cardíaca, ACV o muerte sólo en pacientes hipertensos** y que **la restricción de sal podía ser perjudicial si el consumo de sal era demasiado bajo**.

La reacción de la comunidad científica fue rápida: "Incredulidad", "trabajo mal elaborado", "confundidores".

La American Heart Association (AHA) refutó los hallazgos del estudio, afirmando que no eran válidos, a pesar de que la AHA respaldó durante muchos años productos que contienen marcadamente más sal de la que se recomienda.

Ahora, apareció un nuevo reporte de un nuevo estudio epidemiológico (2), una cohorte en el cual ellos siguieron a 94377 personas entre 35 y 70 años con una media de seguimiento de 8.1 años. La edad media fue de 50 años y 58% eran mujeres sin historia de enfermedad cv al tiempo del reclutamiento.

Lo que no fue sorpresa:

Una ingesta más alta de sodio fue asociada con un aumento en la incidencia de ACV: 0.42 eventos por 10.000 años (IC 95%:0.16 –0.67). Este efecto se dio en una población muy grande de pacientes en China donde la ingesta promedio era de 5.58 g/día.

Lo que sí fue sorpresa:

Hubo una correlación inversa entre la ingesta de sodio y la aparición de IAM y mortalidad a pesar de la fuerte asociación entre la ingesta de sodio y la TA sistólica en 369 comunidades (2-8 mm Hg por gramo de sodio ingerido).

Cabe recordar que por décadas la TA sistólica se correlaciona más con el ACV que con el IAM.

Esto indicaría que es diferente en cuanto a la ingesta de sodio en donde, con el aumento de la TA divergen los riesgos de ACV y IAM (la sal sería cardioprotectora).

En el estudio, las mujeres de Hong Kong están al tope de la expectativa de vida (87.3 años) a pesar de consumir 8-9 gr de sal por día.

¿Estos datos implican que tenemos que empezar a recomendar comer con sal a los pacientes cardíacos o por lo menos evitar la ingesta excesiva diaria de sodio como lo indican las pautas de la American Heart (<1,5 g/día y <2g/día respectivamente)?

Antes de responder dejame recordarte que **las dietas ricas en potasio confieren más beneficios en salud que las restricciones en sodio**.

Bueno, como todo, hay que seguir investigando, no cerrarse en conclusiones hechas y recitadas y abrirse a nuevos conocimientos que por ahora señalan que bajar mucho la sal en la dieta puede ser perjudicial en algún sentido.

(1) [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31724-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31724-0/fulltext)

(2) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616304676>

La evidencia detrás de la reducción de la ingesta de sal.

Publicado el 6/11/2018

Se acaba de publicar un nuevo meta-análisis sobre un tema controvertido.

Hace algunos años, una revisión Cochrane sobre consejos para reducir el consumo de sal en la dieta para prevenir enfermedades cardiovasculares encontró pruebas limitadas de que una menor ingesta de sal puede aumentar las muertes en personas con insuficiencia cardíaca.

Sin embargo, esta conclusión se extrajo principalmente de uno de los estudios incluidos en la revisión sistemática que fue retirada por su autor. [1]

Una actualización posterior de la revisión Cochrane excluyó los estudios de este autor porque los datos no eran confiables.

Durante mucho tiempo hemos tratado como dogma que restringir la ingesta de sodio en la insuficiencia cardíaca es un pilar de las mejores prácticas y un edicto sacrosanto para todos los médicos.

Las guías de manejo han exigido umbrales empíricos que deben respetarse, y las declaraciones de consenso de las principales organizaciones afirman que la restricción de sodio es un principio básico de la buena atención cardiovascular.

Pero, al igual que muchas otras declaraciones dogmáticas que estaban totalmente integradas a la práctica (como por ejemplo, la supresión de las extrasístoles, no dar β bloqueantes en la disfunción ventricular izquierda y el uso de terapia de reemplazo hormonal en mujeres con riesgo de enfermedad cardiovascular), el momento le ha llegado a la evaluación crítica de la restricción de sodio en la insuficiencia cardíaca.

Simplemente hay mucha incertidumbre de algo que sostenemos como verdad.

Debería haber un único objetivo: Tener evidencia válida que conduzca a una posición mucho más informada, pautas prácticas e implementación personalizada.

Si lo ves fisiológicamente, no hay duda de que la ingesta de sodio está asociada con la retención de volumen. Es un factor de riesgo para la hipertensión (ingesta de sodio) o como una intervención no farmacológica (restricción de sodio) para tratar la hipertensión a través de intervenciones de estilo de vida, los debates son menos intensos.

Los datos recientes del estudio PURE sostienen que en aquellas comunidades con alto consumo basal de sodio, los aumentos adicionales en el sodio alimentario se asocian con aumentos demostrables en la morbilidad y mortalidad cardiovascular. En estas poblaciones, la restricción de sodio debe ser eficaz.

En poblaciones que habitualmente consumen menos sodio basal, el riesgo de una mayor ingesta de sodio no fue tan evidente.

Por lo tanto, no todos los pacientes responden de manera similar a la ingesta de sodio y, por inferencia, a la restricción de sodio.

Estos hallazgos provienen de poblaciones no seleccionadas sin enfermedad cardiovascular conocida.

La forma en que estos conceptos afectan a la insuficiencia cardíaca es una pregunta singularmente diferente, para la cual la evidencia es escasa y las respuestas empíricas ya no pueden considerarse suficientes.

Como médicos experimentados, nos apegamos a las observaciones de cabecera que asocian **la insuficiencia cardíaca descompensada** con la indiscreción alimentaria.

La evidencia, basada en el aprendizaje experiencial, parecería ser inviolable: la ingesta indiscriminada de sodio conduce a exacerbaciones de la insuficiencia cardíaca. Tales creencias profundamente arraigadas son difíciles de cambiar.

En esta nueva revisión sistemática Cochrane rigurosa de **más de 2500 estudios** que evaluaron las asociaciones de restricción de sodio en la insuficiencia cardíaca, **solo 9 se consideraron adecuados para su inclusión en una revisión sistemática**, y ninguno incluyó resultados de interés clínico. Dicho de otra manera, solo el 0,3% de los estudios realizados para evaluar la restricción de sodio en la insuficiencia cardíaca se consideraron de calidad suficiente para completar una revisión sistemática, y ninguno de ellos fue de alta calidad o libre de sesgos.

Hay muchos problemas en juego, pero los mayores desafíos incluyen completar ensayos clínicos aleatorios de alta calidad en la ciencia nutricional y la ubicuidad del sodio en las dietas occidentales, especialmente considerando el mayor consumo de sodio en las poblaciones de mayor riesgo y con un nivel socioeconómico más bajo.

La presencia de sodio en la dieta en el ciclo de fabricación de alimentos es de **hasta un 65% de toda la ingesta de sodio incrustada de forma imperceptible en todos los productos alimenticios**. Esto se convierte en un desafío, si no es francamente imposible medir con precisión la ingesta de sodio en la dieta para pacientes ambulatorios.

Una pregunta aún más provocativa es pertinente y podría ser la pregunta clave: **¿es el sodio realmente el villano o es un subrogante de una preocupación nutricional más importante que estamos considerando?**

El sodio desempeña importantes funciones reguladoras en la homeostasis renal y vascular y es un mineral necesario.

Los datos emergentes pueden estar expandiendo nuestras preocupaciones nutricionales para incluir dietas deficientes de potasio, ingesta de fosfatos inorgánicos y falta de fibra dietética, todos los cuales están altamente asociados con la ingesta de sodio en exceso pero menos reconocidos.

Las dietas mejoradas con potasio se han asociado con una presión arterial más baja.

La ingesta excesiva de fosfato inorgánico que actúa a través de un receptor 4 del factor de crecimiento de fibroblastos recientemente descrito puede elaborar un factor de crecimiento de fibroblastos 23 que en modelos animales conduce a hipertrofia ventricular.

En lugar de dietas con restricción de sodio, tal vez el foco deba estar en la totalidad del apoyo nutricional, incluida la reducción de sodio, el aumento de potasio, la reducción de fosfatos inorgánicos, el aumento de fibra dietética y / u otros objetivos aún no realizados.

Las recientes Directrices sobre la hipertensión con múltiples colaboradores ahora respaldan totalmente el aumento de potasio en la dieta como un medio para controlar mejor la presión arterial, y los investigadores de PURE respaldan aún más este cambio.

¿Qué novedades trae este nuevo meta-análisis?

Revisión de la evidencia

Se realizaron búsquedas sistemáticas en varias bases de datos bibliográficas, incluido el Registro Central de Ensayos Controlados Cochrane, MEDLINE, Embase y CINAHL.

Se evaluó la calidad metodológica de los estudios y los datos asociados con los resultados primarios de interés (mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares, mortalidad por todas las causas y eventos adversos, como ACV e IAM) y resultados secundarios: Hospitalización, duración de la internación, se estudiaron datos acerca de los cambios en la clase funcional de la New York Heart Association [NYHA], la adherencia a la ingesta dietética baja en sal y los cambios en la presión arterial).

Resultados:

De 2655 referencias, se incluyeron 9 estudios con 479 participantes únicos en el análisis.

Ninguno de los estudios incluyó más de 100 participantes.

Los riesgos de sesgo en los 9 estudios fueron variables.

Ninguno de los estudios incluidos proporcionó datos suficientes sobre la mortalidad asociada a la enfermedad cardiovascular.

Cuatro estudios proporcionaron información sobre la mortalidad por todas las causas, pero esta información carecía de datos suficientes para el meta-análisis.

Entre los estudios de pacientes hospitalizados, el de Aliti y col (n = 75) NO se informó muertes en ninguno de las ramas del ensayo durante el período de estudio.

Velloso y col (n = 32) informaron 1 muerte en cada rama del estudio (debido a muerte súbita y shock séptico después de una infección pulmonar), pero declararon que las muertes no se asociaron con la intervención.

Entre los estudios ambulatorios, Philipson y col (n = 30) informaron 1 muerte en cada brazo del estudio, y Colín-Ramírez y col (n = 38) reportaron 1 muerte en la rama control. Ningún grupo de autores especificó la causa de la muerte.

Ninguno de los estudios incluidos proporcionó datos de resultados sobre ACV o IAM ni se refirió directamente a la presencia de hipo o hipernatremia.

En cuanto a los resultados secundarios, 2 estudios ambulatorios informaron que la clase funcional de la NYHA no mejoró por la restricción de la ingesta de sal, mientras que 2 estudios informaron mejoras significativas en la clase funcional de la NYHA.

Conclusiones y relevancia:

La evidencia limitada de mejoría clínica estuvo disponible entre los pacientes ambulatorios que redujeron el consumo de sal en la dieta, y la evidencia no fue concluyente para los pacientes hospitalizados.

En general, se disponía de una escasez de pruebas sólidas y de alta calidad para respaldar o refutar la orientación actual.

Esta revisión sugiere que se necesitan estudios bien diseñados y con el poder adecuado para reducir la incertidumbre sobre el uso de esta intervención.

https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2712563?guestAccessKey=8d6f8001-a1f8-4372-b8b9-a7d935d5d7a4&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=olf&utm_term=110518

[1] Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S. Sal reducida en la dieta para la prevención de enfermedades cardiovasculares. *Cochrane Database Syst Rev* . 2011; (7): CD009217.

Midiendo la TA: ¿En el domicilio o en el consultorio?

Publicado el 03/04/2018

Mejores los reportes en domicilio que en el consultorio: El ensayo Tasminh-4

Auto monitoreo de TA vs Controles en el ambulatorio TASMINH-4

Ensayo Clínico Aleatorizado

El Tasminh-4 encontró que cuando los médicos hacen las correcciones farmacológicas de las cifras obtenidas en las lecturas hogareñas los controles a los 6 meses y 12 meses son más bajos que cuando las cifras son obtenidas en los controles ambulatorios.



La HTA afecta a 1 en 4 personas.



Es el factor de riesgo más importante y discapacitante.



En el ensayo clínico aleatorizado TASMINH-4 todos los pacientes ingresaron en 3 grupos diferentes

Medicación + Cuidado usual	Medicación + auto-monitoreo	Medicación + tele-monitoreo
<ul style="list-style-type: none">  Las lecturas de TA se registraban en el ambulatorio en las <u>visitas habituales</u>.  El médico de familia realizaba los cálculos promedios de TA y determinaba si estaban muy altos o muy bajos.  Medicación modificada por el médico de familia. 	<ul style="list-style-type: none">  Las lecturas de TA se realizaban en el hogar y se posteaban al centro de datos.  El médico de familia realizaba los cálculos promedios de TA y determinaba si estaban muy altos o muy bajos.  Los pacientes eran entrenados a utilizar un cuadro de colores si tenían que consultar a su médico.  Medicación modificada por el MF 	<ul style="list-style-type: none">  Las lecturas de TA se realizaban en el hogar y se mandaban mensajes de texto al centro de datos.  El médico de familia accede a una App que calcula el promedio de la TA en forma automática.  Un alerta automática se enviaba al médico y al paciente si los valores eran muy altos o muy bajos.  Medicación modificada por el MF

TA promedio al comienzo del ECA 153mmHg.



Descenso mínimo

142.5 mmHg → 140.4 mmHg



Mayor descenso de TA

140.4 mmHg → 136 mmHg

Después de 12 meses los pacientes que se controlaban en el hogar tienen mayores reducciones que los que tuvieron los controles en el ambulatorio.







McManus RJ, Mann J, Francis M et al. Efficacy of self-monitored blood pressure, with or without telemonitoring, for titration of antihypertensive medication (TASMINH4): an unmasked randomised controlled trial. *Lancet*. 2018; DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30909-X.

Cambiando la mirada de la “urgencia hipertensiva”.

Publicado el 10/03/2018

Te recomendamos leer este artículo del sitio de Evidencia:

https://drive.google.com/file/d/1rXUAZdrCBrGXl9Mle7ZVaglwA2tlqfaW/view?fbclid=IwAR2Ti74l1_RkRCdn3C_7kedqgyLo9wjcRPR-N0AKbttumaBx3EemGSFYBmA

Metas de TA en pacientes de alto riesgo.

Publicado el 16/01/2018

Según las Guías de manejo publicadas en diciembre por el American Heart Association y el American College of Cardiology.

En el Anuario que acaba de aparecer podés leer la discusión que hicimos en ese momento de lo exigente que se tornaba para los pacientes en bajo riesgo.

Aquí las recomendaciones en pacientes de alto riesgo.

Si tu paciente tuvo un ACV ó un IAM

Objetivo de TA < 130 / 80

- Moderada calidad de evidencia para la meta de TA sistólica
- Opinión de expertos para la meta de TA diastólica

Farmacoterapia (Primera Línea)

Tiazidas

Bloqueantes cálcicos

ARA II ó IECA

<https://t.co/5rYN4GdJA7>

<https://jamanetwork.com/journals/.../article-abstract/2664350...>

¿Qué hacer en la hipertensión leve?

Publicado el 2/11/2018

La evidencia **NO** es concluyente al tratar con fármacos a pacientes con hipertensión leve de bajo riesgo.

Los ensayos previos tienen poco número de pacientes para demostrar el beneficio y las guías clínicas en todo el mundo son contradictorias.

Objetivo:

Examinar si el tratamiento antihipertensivo se asocia con un bajo riesgo de mortalidad y enfermedad cardiovascular (ECV) en pacientes de bajo riesgo con hipertensión leve.

Diseño, entorno y participantes:

En este estudio de cohorte longitudinal, de más de 15 años de seguimiento de pacientes de 18 a 74 años con hipertensión leve (presión arterial no tratada de 140/90 - 159/99 mm Hg) y sin tratamiento previo.

Se excluyó a cualquier persona con un historial de ECV o factores de riesgo de ECV.

Exposiciones

Prescripción de medicación antihipertensiva.

Las personas tratadas dentro de los 12 meses posteriores al diagnóstico se compararon con pacientes no tratados por puntuación de propensión utilizando el método del vecino más cercano.

Principales resultados y medidas

Las tasas de mortalidad, ECV y eventos adversos entre los pacientes que recibieron tratamiento antihipertensivo al inicio del estudio, en comparación con los que no recibieron dicho tratamiento.

Resultados

Un total de **19143 pacientes tratados** (edad media 54,7 años [DE 11.8 años];

10 705 [55,9%] mujeres;

10 629 [55,5%] blancos

Durante un período de seguimiento medio de 5,8 años (rango intercuartil, 2,6-9,0 años), no se encontró evidencia de asociación entre el tratamiento antihipertensivo y la mortalidad (cociente de riesgo [HR], 1,02; IC del 95%, 0,88-1,17) o entre el tratamiento antihipertensivo y la ECV (HR, 1,09; IC 95%, 0,95-1,25).

El tratamiento se asoció con un mayor riesgo de eventos adversos:

Hipotensión (HR, 1.69; IC 95%, 1.30-2.20; número necesario para dañar a 10 años [NNH* 41])

Síncope (HR, 1.28; IC 95% , 1.10-1.50; NNH* 35),

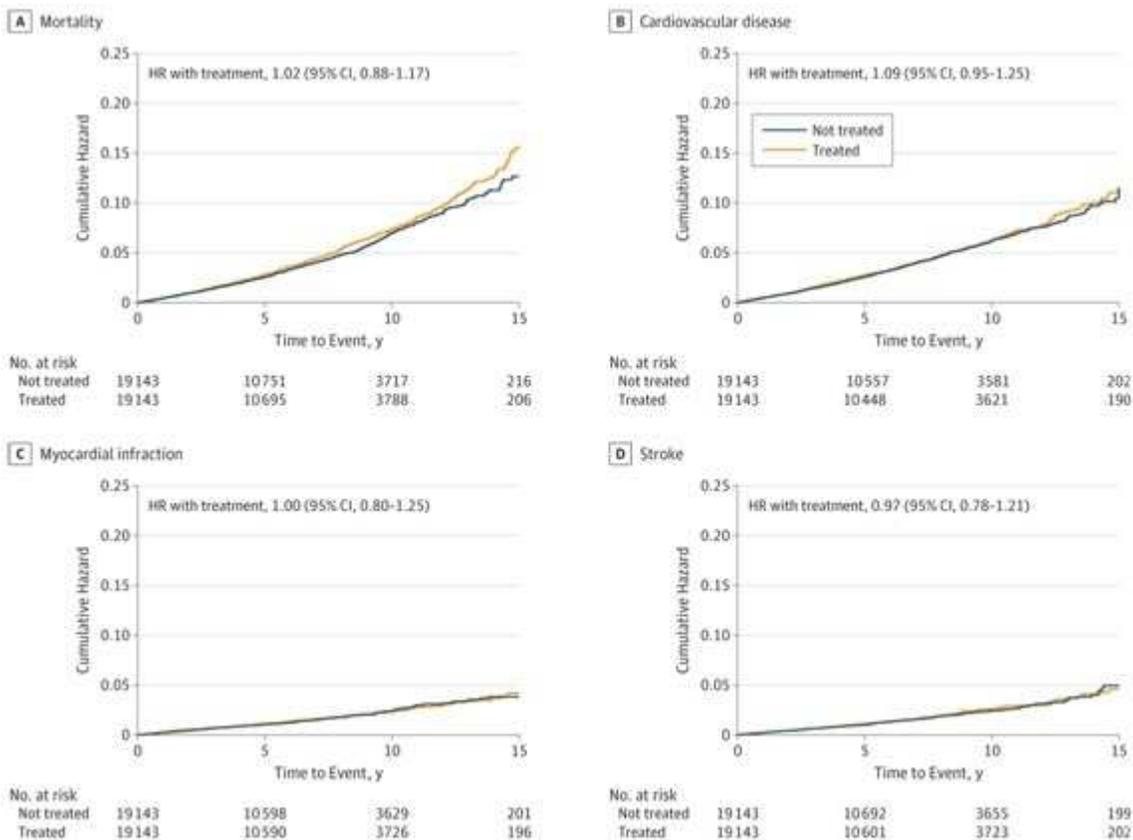
Anomalías electrolíticas (HR, 1.72; IC 95%, 1.12-2.65; NNH* 111)

Lesión renal aguda (HR, 1.37; IC 95%, 1.00-1.88; NNH* 91).

*NNH: Number needed to harm: Número necesario para dañar (A cuántas personas debés tratar para producir un daño con la intervención).

Conclusiones y relevancia

- Este análisis preespecificado **NO encontró pruebas que respalden las recomendaciones de guías que fomenten el inicio del tratamiento con fármacos en pacientes con hipertensión leve de bajo riesgo.**
- Hubo evidencia de **un mayor riesgo de eventos adversos**, lo que sugiere que los médicos deben tener cuidado al seguir las pautas que generalizan los hallazgos de los ensayos realizados en individuos de alto riesgo a aquellos con menor riesgo.



La toma de TA ambulatoria.

Publicado el 27/04/2018

Se acaba de publicar un estudio de seguimiento de una cohorte nacional que incluyó 63.910 adultos reclutados entre 2004 y 2014 en España. [1]

Ellos concluyen que las mediciones ambulatorias de la presión arterial son un predictor más importante de la mortalidad cardiovascular y, mortalidad por todas las causas que las mediciones hechas en medios clínicos.

Ambas, la hipertensión de guardapolvo blanco no es benigna, y la hipertensión enmascarada se asoció con un mayor riesgo de muerte que la hipertensión sostenida.

Se conoce como "**hipertensión enmascarada**" al fenómeno inverso de la hipertensión de guardapolvo blanco.

Es decir, cuando la presión arterial es normal en el consultorio (< 140/90 mmHg), pero elevada fuera del mismo (PA ambulatoria diurna o PA domiciliaria > 135/85 mmHg).

La hipertensión de "guardapolvo blanco" a su vez presenta un peor pronóstico que la hipertensión sostenida.

La hipertensión sostenida es la forma más común de HTA, por lo que se asocia con el mayor número de muertes.

El monitoreo ambulatorio nos ayuda a diagnosticar los casos atípicos.

[1] http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1712231?query=featured_home

¿Querés bajar la presión arterial sistólica en 8 mmHg? ... Esperá 5 minutos

Publicado el 17/08/2018

Es conocido que sólo el 54% de los pacientes con HTA atendidos en atención primaria tienen controlada la TA (definida como PA sistólica <140 mm Hg y presión arterial diastólica <90 mm Hg). El error de medición de la presión arterial (incluido el tamaño inapropiado del manguito, hablar durante la medición y posicionamiento incorrecto del brazo y del cuerpo) es una causa importante del mal control de la TA y la reducción del error de medición puede evitar el sobretratamiento. También es bien sabido que la primera lectura de la presión arterial en el consultorio a menudo es engañosamente alta.

La American Heart Association recomienda repetir una medición de TA en la misma visita clínica con al menos 1 minuto entre toma y toma, sin embargo, en las prácticas ambulatorias nuestras de todos los días, la TA se mide solo una vez.

¿Qué pasaría en una segunda medición?

Bueno, esperá y decíle a tu paciente que le vas a volver a tomar la TA en 5 minutos y verás!

Un estudio [1] sobre una muestra de más de 38 000 pacientes con HTA diagnosticada y seguidos en atención primaria mostró algo interesante.

Los pacientes que inicialmente tenían lecturas de presión arterial alta tienen una **caída** media de **8 mm Hg en presión sistólica** cuando se les repite la medición, y cuanto mayor es la presión arterial sistólica inicial, mayor es la diferencia.

Además...

El 36% de las lecturas repetidas caen por debajo del umbral de hipertensión anterior de 140/90 mm Hg.

Si bien gran parte del cambio en la presión arterial sistólica se puede atribuir a la **regresión a la media**, la disminución observada sigue siendo clínicamente importante, comparable con la asociada a la adición de un medicamento antihipertensivo.

[1] <https://bit.ly/2MuOe12>

Obesidad



Ciencia y controversias que vinculan la comida, la obesidad y el control de peso.

Publicado el 03/07/2018

Muchos factores se han asociado al aumento de peso, la dificultad para lograr y mantener la pérdida de peso y las consecuencias médicas secundarias de la obesidad.

Algunos tienen influencias causales, muchos son espectadores inocentes, y algunos no tienen ninguna base científica.

Esta actualización se enfoca en aquellos relacionados con la comida, no con la actividad física o el sedentarismo.

Balance energético: ¿Una caloría siempre es una caloría?

La ecuación de energía que dice que las

Calorías consumidas = calorías gastadas +/- calorías almacenadas (como grasa corporal o glucógeno), es cierta.

La obesidad se desarrolla si la energía de la dieta absorbida (calorías) de los alimentos excede el gasto de energía durante un período considerable.

Del mismo modo, el exceso de grasa corporal se pierde si la ingesta de energía cae por debajo del gasto.

Sin embargo, numerosos factores contribuyen a determinar el gasto de energía, la ingesta y la absorción, y los pequeños desajustes con el consumo de alimentos durante un período prolongado pueden conducir a grandes cambios de peso acumulativos.

Aunque la obesidad atañe a familias enteras, las búsquedas intensivas de factores genéticos han sido infructuosas. Sí los medios ambientales pueden llevar a cambios epigenéticos.

Dado que 20-30% de poblaciones enteras se han vuelto obesas en solo 50 años, la causa dominante de la actual epidemia de obesidad radica claramente en los factores ambientales.

Una dieta "saludable" (que confiere salud y ayuda a prevenir enfermedades crónicas) NO necesariamente evitará o tratará la obesidad. Por el contrario, las dietas que contienen menos calorías no siempre son saludables.

Cambiar los comportamientos que la gente considera normales es difícil, como principio general. Esto es particularmente cierto para la dieta debido al fuerte sistema de recompensa biológica que facilita la alimentación.

Se debate si comer o comer en exceso se debe considerar adictivo.

Existen paralelismos, con antojos de alimentos característicamente para alimentos de alta densidad energética que facilitan el comer en exceso, y algunos de los mecanismos neuronales detrás de las conductas alimentarias repetitivas normales se comparten con las adicciones clásicas.

La evidencia está más en consonancia con una adicción normal a comer como un mecanismo de supervivencia, que a veces es exagerado, que con verdaderas adicciones a alimentos específicos.

Fuerza de voluntad individual o responsabilidades sociales: ¿glotonería y pereza?

La teoría de que "los culpables son las víctimas" o sea que las personas son responsables de sus aflicciones ha sido persistente y destructiva.

Aunque algunas personas en riesgo pueden resistir la obesidad a través de la vigilancia, los factores externos son difíciles de superar.

La evidencia indica que la epidemia global reciente es liderada por el **medio ambiente**, mediada por **factores obesogénicos** tales como:

- Comer afuera con frecuencia.
- Tamaños de porciones grandes.
- Facilidad con que se consiguen snacks con alto contenido de azúcar, alto contenido graso y bebidas endulzadas entre comidas.

Es necesario un esfuerzo consciente sostenido de fuerza de voluntad para perder peso y no recuperarlo cuando los alimentos están fácilmente disponibles.

Sin embargo, eso no implica que la falta de fuerza de voluntad individual (glotonería y pereza) sea la causa o que la motivación y el compromiso insuficientes, expliquen los fallos de las intervenciones.

Una cascada de respuestas hormonales y del sistema nervioso simpático aumentan el hambre y el deseo de comer. Por lo tanto, las estrategias de reducción de calorías que aumentan el apetito tienden a fallar porque la fuerza de voluntad es ineficaz con respecto a funciones cerebrales inferiores más potentes. Los enfoques centrados en la fuerza de voluntad fracasarán casi inevitablemente mientras el entorno alimentario no esté regulado.

¿Comer menos o hacer más ejercicio?

Muchos profanos creen que el ejercicio es esencial o suficiente para perder peso.

Sin embargo, aunque el ejercicio tiene un pequeño beneficio de pérdida de peso cuando se combina con un plan de alimentación restringida de energía, ni el ejercicio aeróbico ni el de resistencia en cantidades típicas son efectivos como única estrategia.

Lo más importante es la reducción de la ingesta de energía en la pérdida de peso y en la prevenir que vuelva a aumentar.

La actividad física tiene un papel **modesto** en mantener la pérdida de peso y un valor indudable para la salud a largo plazo y la preservación de la masa muscular.

¿Cuántas calorías se necesitan para controlar la salud y el peso?

Los requerimientos calóricos de los humanos adultos son más bajos ahora que en el pasado.

Los valores de referencia de Estados Unidos para hombres y mujeres sanos adultos en balance de energía son 2500 y 2000 kcal / día, respectivamente.

Los adultos con sobrepeso u obesos generalmente tienen mayores requerimientos de calorías (no menores) que aquellos que no son obesos.

Durante el balance energético negativo agudo (como en una dieta restringida), el gasto de energía se reduce sustancialmente, en un 15% -30% en promedio, pero, contrariamente a la creencia generalizada, una vez que alguien ha dejado de perder peso, se reducen los requerimientos de energía relativamente poco, en proporción directa a la pérdida de peso.

El desafío de la pérdida de peso sostenible, por lo tanto, es reducir la ingesta de alimentos por debajo de los requisitos de energía normales ya bajos y luego mantener una ingesta de energía permanentemente menor después para evitar la recuperación de peso. Esto es difícil para las personas que se han vuelto obesas llevando lo que han considerado vidas normales, cuando viven en las mismas condiciones de obesogenicidad.

Históricamente, el consejo predominante para el control de peso ha sido introducir una modesta reducción en la ingesta de energía, perder peso gradualmente y evitar dietas extremas, que se creía que causaban una recuperación del peso de "rebote" a un nivel más alto que el nivel inicial. La acumulación de pruebas ahora sugiere que los mejores éxitos a largo plazo suelen estar entre las personas que participan bien y pierden peso con éxito en las primeras etapas, ya sea al comer dietas basadas en alimentos o al seguir programas intensivos con dietas de fórmula nutricionalmente completa.

No se ha demostrado hasta ahora que algún método dietético particular para el mantenimiento a largo plazo logre resultados superiores cuando se implementa con el apoyo adecuado, pero las personas pueden tener preferencias dietéticas, por múltiples razones, que permiten mejores resultados.

Alimentos de efectos especiales: ¿todas las calorías son iguales?

No hay evidencia de que un solo alimento conlleve riesgos especiales de aumento de peso y obesidad. Algunas personas pueden perder peso y evitar la recuperación centrándose en restringir alimentos específicos o grupos de alimentos, (harinas, carnes, lácteos, azúcar y alcohol). Estas estrategias son efectivas para el control de peso siempre que los alimentos sean fuentes ricas de energía, consumidas con frecuencia por el individuo, fácilmente identificables, y se evite su evitación sin compensación de otros alimentos.

Sin embargo, estas dietas restrictivas pueden ser difíciles de mantener debido a que la variedad de la dieta parece ser innatamente atractiva, persuasivamente comercializada y tiende a aumentar el consumo de energía.

Medidas más amplias, como el veganismo, también pueden ayudar a controlar el peso, pero estas medidas pueden llevar a consecuencias nutricionales indeseables; por ejemplo, deficiencia de yodo si no se consumen lácteos o mariscos o deficiencia de tiamina evitando los cereales. Los macronutrientes y los alimentos difieren en sus efectos sobre el apetito y la saciedad y sobre la termogénesis y en qué tan eficientemente se digieren. Por lo tanto, las calorías totales en un alimento no son las mismas que las calorías disponibles y se absorben después de comer. Por ejemplo, las dietas ricas en proteínas reducen el apetito más que otros macronutrientes, un riesgo potencial para las personas con bajo peso pero un beneficio para quienes desean perder peso.

Existe una jerarquía de termogénesis inducida por dieta obligatoria a partir de macronutrientes (proteínas > carbohidratos > grasa), por lo que los alimentos ricos en proteínas y en granos integrales aumentan más el metabolismo postprandial que los alimentos con un alto contenido de carbohidratos o grasas.

Alimentos ricos en diversas fibras, productos lácteos como leche y yogures (quizás relacionados con el contenido de calcio), y con integridad estructural que resisten la digestión como las nueces, todas muestran una absorción de energía reducida del tracto gastrointestinal, probablemente al reducir la eficiencia de la absorción de grasa. Sin embargo, estos son efectos relativamente

pequeños, fácilmente abrumados por factores como el tamaño de la porción, por lo que no deben considerarse de forma aislada al determinar las recomendaciones dietéticas.

Azúcar y obesidad

El papel del azúcar en la obesidad se debate con vehemencia y se malinterpreta. El azúcar proporciona 3.75 kcal / g y tiene un IG relativamente bajo. Sin embargo, no es esencial para las dietas humanas, y su consumo, especialmente en bebidas endulzadas entre comidas y bocadillos combinados con grasa (9 kcal / g), ha aumentado considerablemente en todo el mundo en paralelo con el aumento de las tasas de obesidad. Sin embargo, es difícil establecer una relación causal entre el consumo de azúcar y la obesidad: gran parte de la investigación publicada ha sido observacional y puede aplicarse la "causalidad inversa".

Los medios están prestando cada vez más atención al punto de vista de que el azúcar es el único culpable de la obesidad y sus complicaciones metabólicas, según el efecto de la glucosa en el aumento de la insulina sérica, que promueve la síntesis de grasa. Algunos han extendido esta preocupación a todas las formas de carbohidratos. Sin embargo, un meta-análisis de ensayos controlados aleatorios y estudios de cohortes prospectivos encuentra solo efectos modestos. El diseño de ensayos aleatorios puede afectar las conclusiones por como se distribuyen las calorías en la rama control. Estas manipulaciones son difíciles de interpretar porque al cambiar la cantidad de un nutriente inevitablemente cambia las proporciones e influencias metabólicas u otras y de toda la dieta.

Existe un debate en curso sobre si el azúcar en los líquidos puede eludir la regulación de la energía y los mecanismos de control del apetito. Si se consume en grandes cantidades, el azúcar aumenta el peso en una pequeña cantidad en personas con sobrepeso.

Una revisión sistemática de todos los estudios que duraron más de tres semanas concluyó que las bebidas endulzadas con azúcar no tenían un efecto general en la epidemia de obesidad, pero pueden plantear dificultades una vez que las personas tienen obesidad.

Tras seis meses de ensayo controlado aleatorio en las personas que se encontraron con sobrepeso, la adición de 1 litro/día de una bebida azucarada aumenta la grasa en el hígado, músculo y grasa visceral, y también elevó los triglicéridos y el colesterol total, en comparación con bebidas endulzadas artificialmente, el agua, y leche.

Además de ser una fuente de calorías, el azúcar también puede tener influencias indirectas en el apetito y la alimentación. La evidencia en humanos es débil, pero la exposición frecuente a bebidas y alimentos altamente endulzados puede inducir el consumo de alimentos muy dulces y energéticamente densos.

En la vida real, un patrón dietético común asociado con la obesidad se caracteriza por el consumo frecuente de bebidas endulzadas y aperitivos azucarados grasos entre comidas: estos hábitos son recientes, muy promocionados por el marketing social, y tienden a viajar juntos.

Los impuestos sobre las bebidas endulzadas con azúcar ha llevado a una mayor promoción y consumo de alternativas endulzadas artificialmente, pero aún no se sabe si eso reducirá el aumento de peso.

La fructosa (50% de azúcar de mesa o miel, y enriquecida en edulcorantes de jarabe de maíz) es más dulce que la glucosa, por lo que se ha propuesto como una alternativa de ahorro de calorías a la glucosa o sacarosa. Sin embargo, tiene varios efectos metabólicos adversos cuando se consume en grandes cantidades, incluida la lipogénesis de novo preferencial, la remodelación de

lipoproteínas, los cambios adversos en la distribución de grasa corporal y las fracciones de lipoproteínas de baja densidad, y el aumento de la resistencia a la insulina.

Ayuno intermitente

El ayuno total agota los nutrientes esenciales y es insostenible. Los regímenes de ayuno modificados intermitentes bien diseñados para controlar el peso reflejan muchas prácticas religiosas establecidas desde hace mucho tiempo y probablemente concuerdan con las condiciones experimentadas a lo largo de la evolución humana.

Se están investigando varios modelos, que incluyen ayuno en días alternos o regímenes de dieta 5:2, generalmente con días de "ayuno" restringidos a aproximadamente 500 kcal y una alimentación habitual o alguna forma de dieta saludable convencional en otros días.

La evidencia actual sugiere pérdidas de peso similares en los que completan, pero mayor abandono que con la restricción diaria constante.

Los enfoques flexibles para adaptarse a las preferencias individuales pueden ser apropiados, pero se necesita una mejor evidencia a largo plazo para la efectividad y la seguridad del ayuno intermitente para mantener el peso.

¿Reducir la dieta de carbohidratos o grasas?

Abundan los argumentos sobre si los carbohidratos o las grasas son los culpables de la obesidad. Los estudios epidemiológicos y de intervención a largo plazo son muy confusos por otros factores que también influyen en el equilibrio energético.

La evidencia que compara dietas bajas en carbohidratos y bajas en grasa no es del todo consistente. Un meta-análisis cuidadoso de 32 estudios de intercambio isocalórico entre grasas e hidratos de carbono concluyó que la pérdida de grasa corporal y el aumento en el gasto de energía son ligeramente mejores con dietas bajas en grasas.

Sin embargo, los estudios a más largo plazo muestran mejores resultados de pérdida de peso para las dietas bajas en carbohidratos y bajas en grasas en comparación con la dieta habitual, con poca diferencia entre la pérdida de peso y la pérdida de grasa corporal.

Otros meta-análisis encuentra alrededor de 2 kg de mayor pérdida de grasa corporal con dietas bajas en carbohidratos y también factores de riesgo cardiometabólico mejorados, pero los tamaños del efecto son generalmente pequeños. Los resultados aparentemente contradictorios de los metanálisis pueden explicarse por las diferencias en los criterios de inclusión para las dietas, el diseño del estudio, la forma en que se cambiaron los otros componentes dietéticos de las dietas y las características de los participantes.

Evolución, ciclos de peso y dietas "paleo"

Las suposiciones de que nuestros antepasados evolutivos no experimentaron obesidad, y raramente desarrollaron diabetes tipo 2 u otras complicaciones del sobrepeso, ha llevado a una profusión de dietas populares basadas en nociones sobre sus patrones de alimentación. Las creencias acerca de las dietas altas en grasas, altas en carnes y bajas en carbohidratos han atraído el interés de los medios. La evidencia de la arqueología, la etnología, la bioquímica, la fisiología y la anatomía no son convincentes de que esta era la dieta habitual de los antepasados humanos, y la esperanza de vida de los antepasados paleolíticos era escasa, una base insegura para las recomendaciones dietéticas modernas.

No hay evidencia convincente de que los ciclos de peso a partir de una dieta intencional sea un riesgo para la salud cardiovascular, pero puede haber una mayor pérdida de masa ósea que la recuperada durante la recuperación de peso, y el ciclo de peso se ha asociado con una distribución más grasa con síndrome de ovario poliquístico.

La pérdida de peso mayor reducirá la fertilidad en mujeres con peso normal, pero paradójicamente puede restaurar la fertilidad en muchas mujeres obesas.

La epidemia mundial de obesidad, que data de los años 1970-1990 en diferentes países, refleja múltiples cambios más allá de las condiciones a las que los humanos se adaptaron durante la evolución, con enormes reducciones en la actividad física, ausencia de escasez de alimentos, grandes porciones de comida fuera del hogar, y la promoción efectiva del consumo de energía a través de comer fuera de las comidas. El pastoreo ocasional, en alimentos vegetales disponibles, probablemente siempre ha sido normal, pero comidas frecuentes y variadas con energía variada y comidas modernas con snacks energéticos que combinan carbohidratos con alto IG y grasa (como helados y papas fritas), y bebidas azucaradas, parece particularmente peligroso.

Varios países han instituido recientemente impuestos sobre las bebidas con azúcar. Se está acumulando evidencia, en México y en otros lugares, que a corto plazo hay cambios de comportamiento y la gente se aleja de los alimentos gravados, pero aún se desconoce los efectos sobre el aumento de peso o la obesidad.

<https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2538>

La ciencia de la nutrición.

Publicado el 02/09/2018

Los científicos de la nutrición y gran parte del público a menudo consideran asociaciones epidemiológicas de factores nutricionales para representar efectos causales que pueden informar como políticas de salud pública y pautas.

Sin embargo, la imagen emergente de la epidemiología nutricional es difícil de conciliar con buenos principios científicos.

Se necesita una reforma radical.

En recientes meta-análisis de estudios prospectivos de cohortes, casi todos los alimentos revelaron asociaciones estadísticamente significativas con el riesgo de mortalidad. [1]

Las deficiencias sustanciales de nutrientes claves (p. Ej., Vitaminas), el consumo excesivo de alimentos y la obesidad por calorías excesivas pueden de hecho aumentar el riesgo de mortalidad.

Sin embargo, las pequeñas diferencias de ingesta de nutrientes específicos, alimentos o patrones de dieta con calorías similares ¿pueden causar una causalidad en la sobrevida?

Suponiendo que la evidencia metaanalizada de los estudios de cohortes representa asociaciones causales de toda la vida, para una expectativa de vida de 80 años, comer 12 avellanas diarias prolongaría la vida en 12 años (es decir, 1 año por avellana), beber 3 tazas de café al día lograría una ganancia similar de 12 años adicionales, y comer una sola mandarina por día (80 g) agregaría 5 años de vida. Por el contrario, consumir 1 huevo al día reduciría la esperanza de vida en 6 años, y comer 2 rebanadas de panceta (30 g) al día acortaría la vida por una década, un efecto peor que fumar.

¿Es posible que estos resultados sean ciertos?

Los autores a menudo usan el lenguaje causal al informar los hallazgos de estos estudios (p. ej. "El consumo óptimo de alimentos que reducen el riesgo da como resultado una reducción del 56% de la mortalidad por todas las causas").

Los estudios y guías sobre la carga de morbilidad respaldan estas estimaciones. Incluso cuando los autores agregan advertencias, los resultados a menudo son presentados por los medios como causales.

Es probable que estas estimaciones inverosímiles de los beneficios o riesgos asociados con la dieta reflejen casi exclusivamente una gran serie de sesgos acumulativos en este tipo de investigaciones, con una gran confusión residual.

Casi todas las variables nutricionales están correlacionadas entre sí; por lo tanto, si una variable se relaciona causalmente con los resultados de salud, muchas otras variables también producirán asociaciones significativas en conjuntos de datos lo suficientemente grandes.

Con más investigaciones que involucren Big Data, casi todas las variables nutricionales se asociarán con casi todos los resultados.

Además, dadas las complicadas asociaciones de conductas y patrones alimentarios con muchos factores sociales y conductuales variables en el tiempo que también afectan la salud, ninguna cohorte actualmente disponible incluye suficiente información para abordar la confusión de asociaciones de distintos nutrientes.

Por otra parte, los investigadores informan resultados no especificados que son posibles de analizar de maneras muy diferentes.

En consecuencia, los meta-análisis se convierten en promedios ponderados de opiniones de expertos.

Los resultados informados se vuelven aún más inverosímiles: comer 12 avellanas al día aumentaría la esperanza de vida entre 20 y 30 años, no solo 12 años.

Las personas consumen miles de sustancias químicas en millones de combinaciones diarias posibles. Por ejemplo, hay más de 250.000 alimentos diferentes y aún más: Existen 300.000 variedades de plantas comestibles solas.

Los alimentos aparentemente similares varían en la exacta composición química (por ej, más de 500 polifenoles diferentes).

Gran parte de la literatura asume silenciosamente que el riesgo de enfermedad está modulado por las sustancias más abundantes; por ejemplo, carbohidratos o grasas.

Sin embargo, sustancias químicas relativamente poco comunes dentro de los alimentos, contaminantes circunstanciales, tóxicos fortuitos, o componentes que aparecen solo en condiciones específicas o métodos de preparación de alimentos (por ej, la cocción de carne roja) pueden ser influyentes.

Las combinaciones nutricionales que confieren riesgos pueden variar según los antecedentes genéticos, el perfil metabólico, la edad o las exposiciones ambientales del individuo.

Más allá de los estudios sobre alimentos, los resultados de los estudios de un solo nutriente no han sido corroborados en los ensayos aleatorizados. Las asociaciones falsas positivas son comunes en la literatura.

Por ejemplo, los meta-análisis actualizados de datos publicados de estudios prospectivos de cohortes han demostrado que un único antioxidante, el β -caroteno, tiene un efecto protector más fuerte sobre la mortalidad que todos los alimentos mencionados anteriormente.

El riesgo relativo de muerte para el grupo más alto versus más bajo de niveles de beta caroteno en suero o plasma fue de 0,69 (IC del 95%, 0,59-0,80).

Incluso cuando el error de medición se mitiga con ensayos bioquímicos (como en este ejemplo), la epidemiología nutricional sigue siendo intrínsecamente poco fiable.

Estos resultados no pueden considerarse causales, especialmente después de que múltiples ensayos grandes hayan producido EC sin incluir incluso un pequeño beneficio.

Las creencias infundadas que justifican comer más alimentos, siempre que se consuma "alimentos de calidad", confunden al público y desvirtúan la agenda de prevención y tratamiento de la obesidad.

La confusión se ve reforzada por algunos enfoques de publicación en este campo. A menudo, se publican segmentos de datos de una cohorte sin tener en cuenta otros hallazgos de la misma cohorte.

Un único artículo que informe un efecto significativo de un componente dietético puede parecer plausible de forma aislada, pero sería insostenible si todos los resultados estuvieran disponibles.

Dado el vasto espacio de asociaciones analizables, algunas cohortes prolíficas (por ejemplo, Investigación prospectiva europea en cáncer y nutrición, Estudio de salud de enfermeras) han producido más de 1.000 artículos cada una.

Algunos ensayos aleatorizados a gran escala, a largo plazo, adicionales, pueden ser útiles, especialmente para evaluar los patrones de la dieta.

El ensayo grande más prometedor hasta la fecha, Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED), un ensayo de dieta mediterránea, había mostrado un beneficio en un criterio de valoración compuesto, pero fue retractado y vuelto a publicar recientemente, después de que se supiera que había múltiples problemas de aleatorización. [2]

Los hallazgos del re-análisis mostraron resultados similares a los de los hallazgos informados inicialmente; sin embargo, el estudio ya no debe considerarse un ensayo aleatorizado.

De todos modos, **el ensayo no mostró ningún beneficio en la sobrevida.**

Los estudios de epidemiología nutricional continúan publicándose regularmente, afectan espuriamente a las guías y confunden al público a través de una intensa defensa de parte de expertos y no expertos.

John Ioannidis

[1] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28446499>

[2] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29897866>

Bajaste de peso por lo que cambiaste.

Publicado el 20/08/2018

Esta es la típica historia de todos los días:

María tenía sobrepeso y su perfil cardiometabólico era malísimo. Cambió su dieta: eliminó X, Y, Z y agregó más A, B y C. Ahora ha perdido 14 kg y se siente fantástica.

Sus números también son perfectos: su HDL está por el techo, su LDL es “indetectable”, y su HgbA1c está en el rango normal.

Ana tenía sobrepeso y un terrible perfil cardiometabólico. Cambió su dieta pero: **no eliminó X, Y o Z**. De hecho, hizo lo contrario.

Aumentó el consumo de X, Y y Z eso sí, eliminó A, B y C. Ahora ha perdido 14 kilos y se siente fantástica.

Sus números también son perfectos: su HDL está por el techo, su LDL es “indetectable”, y su HgbA1c está justo en el rango normal.

María recomienda esta dieta y alienta a todos a seguir su ejemplo.

La dieta tiene sentido porque X, Y y Z pueden promover una ruta metabólica realmente dañina, mientras que A, B y C pueden hacer lo opuesto. Hay numerosos estudios que muestran esto.

Ana aconseja esta dieta y alienta a todos a seguir su ejemplo. La dieta tiene sentido porque A, B y C pueden promover una vía metabólica realmente dañina, mientras que X, Y y Z pueden hacer lo contrario. Hay numerosos estudios que muestran esto.

Ahora María y Ana tienen muchísimos seguidores por Facebook y Twitter que han experimentado lo que ellas experimentaron, dan consejos y recetas.

Eso sí, desde hace un tiempo María y sus seguidores discuten interminablemente con Ana y sus seguidores.

Cada grupo acusa al otro de ignorar la evidencia, de ser falso, de no ser saludable, de inventar cosas.

La mayoría de los que siguieron la dieta de María experimentaron beneficios, y la mayoría de los que siguieron la dieta de Ana experimentaron beneficios.

Entonces... ¿quién tiene razón?

Ambas partes tienen razón. Y, por lo tanto, ambos lados están equivocados.

Cuando María y Ana cambiaron su dieta, antes hicieron un cambio.

Ellas se cambiaron a sí mismas.

Para los seres humanos, una dieta no es solo una lista de alimentos e ingredientes, es un comportamiento, algo más que yace en el subconsciente y que aflora como necesidad.

Cuando se cambia una dieta, un comportamiento cambia primero: Podés aguantar comer menos cantidad, podés dejar el chocolate, el alcohol o las galletitas que antes no se podían dejar, etc.

El qué, cómo, dónde y cuánto comer no es el cambio.

Lo que comés sigue a lo nuevo de tu comportamiento.

¿Con qué dieta querés perder peso?

Publicado el 28/02/2018

Bueno, parece que empiezan a aparecer estudios que acerquen alguna conclusión en el tema “Doc... Quiero bajar unos kilos... ¿qué puedo hacer?...”

Está bueno decir “las dos dietas actuales sirven!” y no “tocar de oído”.

Este estudio [1] de pérdida de peso duró 12 meses. Dos ramas: unos con dieta baja en grasas y la otra rama con dieta baja en carbohidratos: Ninguna fue mejor que otra al cabo de 12 meses.

- Dieta baja en grasas -5.3 kg
- Dieta baja en carbohidratos -6 kg

Tampoco el patrón de genotipo ni la secreción inicial de insulina se asoció con los efectos dietéticos sobre el peso perdido.

En el contexto de estos dos enfoques comunes de dieta para perder peso, ninguno de los estos dos factores predisponentes hipotéticos fue útil para identificar qué dieta era mejor para quién.

Si bien estas conclusiones no son GUAU!!!, los que están en contra de los hidratos de carbono argumentarán que se usaron las grasas incorrectamente y que la duración y que los marcadores indirectos estaban equivocados; los que están en contra de las grasas sin duda usarán los mismos argumentos (la brecha nutricional!).

Otra cosa: Dejemos de usar la palabra “saludable” (este trabajo nombraba a las 2 dietas como “saludables”) que va muy bien con el marketing del supermercado para aumentar los precios de ciertos alimentos... Por ahora no sabemos que es saludable y que no.

<https://jamanetwork.com/journals/.../article-abstract/2673150...>

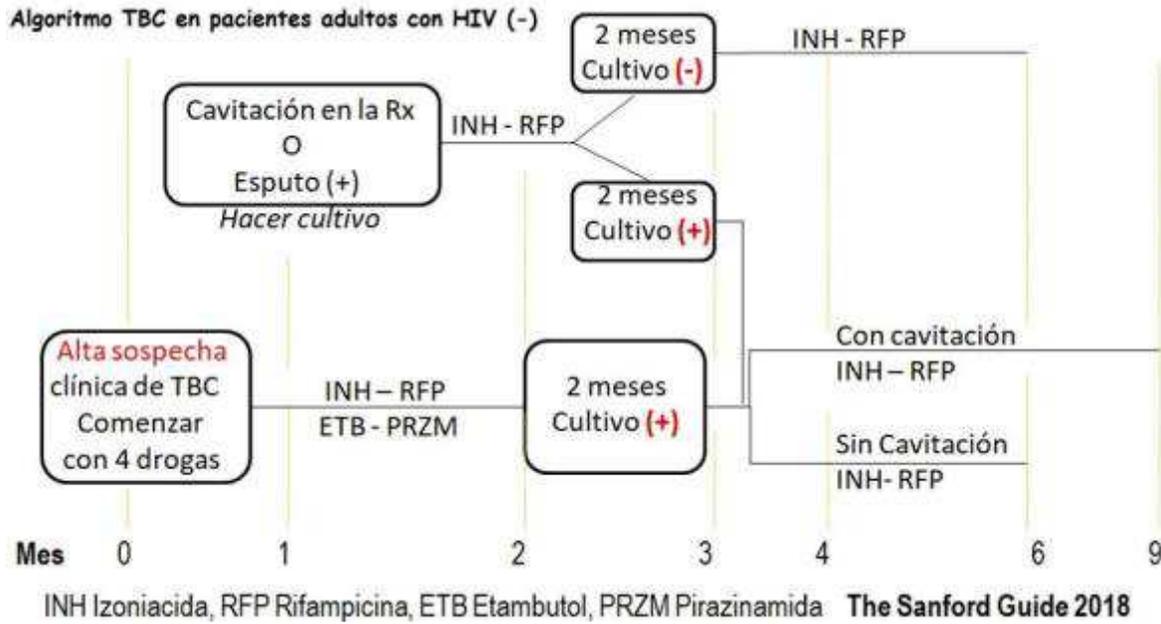
Problemas respiratorios

Diagnóstico y tratamiento TBC pulmonar

Publicado el 07/08/2018

Este es el algoritmo de diagnóstico y tratamiento de un paciente con TBC adulto HIV (-) que propone la guía Sanford de este año.

Si el paciente tiene HIV (+) y un CD4 < 100 CD4 el tratamiento con INH - RFP continuará 4-7 meses.



TBC en pacientes HIV positivos.

Publicado el 07/02/2018

PE es un hombre de 49 años que consultó hace 3 meses por pérdida de peso y fiebre. Luego de realizado los estudios se diagnosticó HIV positivo.

Su esposa se atendió hace 1 semana por tuberculosis pulmonar con esputo positivo.

El paciente hasta el momento tuvo estudios para tuberculosis negativos.

¿Cuál es el manejo adecuado para este paciente?

(Seleccione 1 opción)

- a. Seguimiento clínico.
- b. Tratamiento completo combinado de 4 drogas.
- c. Isoniazida durante 9 meses.
- d. Rifampicina durante 9 meses.
- e. Rifampicina más pirazinamida durante 2 meses.

RESPUESTA CORRECTA: C

Este hombre infectado con el VIH no tiene signo activo de tuberculosis (TBC). Sin embargo, tiene una antecedente fuerte de contacto con un caso de esputo positivo.

En una persona infectada con VIH esto sugiere una TBC LATENTE y es una indicación de tratamiento. La mejor aquí es darle isoniazida por vía oral x 9 meses.

El seguimiento clínico es definitivamente necesario, pero donde hay un fuerte antecedente de contacto de TBC, el seguimiento sólo NO es suficiente.

Al no tener TBC activa, no es necesario un curso completo de antituberculosos.

La rifampicina es una alternativa SI NO SE tolera la isoniazida, pero es por 4 meses más que por 9 meses.

La rifampicina más pirazinamida durante 2 meses es un régimen potente para la TBC latente. Pero, es demasiado tóxico y, por lo tanto, no se recomienda.

Solo se usa si hay fuerte sospecha de contacto con tuberculosis resistente a los medicamentos.

Clave para llevar al consultorio:

En personas infectadas por VIH, la TBC latente se trata si:

- Hay una prueba positiva para TBC latente.
- Hay contacto con una persona con esputo positivo o
- Si hay antecedentes de TBC no tratada.

<https://www.tbfacts.org/tb-drugs/>

¿Sirve el CPAP?

Publicado el 14/10/2018

Contexto:

- Siempre se ha asociado la apnea obstructiva del sueño con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y mortalidad.
- El CPAP modestamente mejora la somnolencia diurna en 1.6-3.8 en una escala de 24 puntos, lo que probablemente es detectable clínicamente.
- El CPAP se asocia con mejoras modestas en las medidas de calidad de vida (ejemplo: mejora de 3.3-9.7 en una escala de 100 puntos) 11 con relevancia clínica incierta.
- El CPAP disminuye significativamente la presión arterial (reducción media de 2,5 mmHg sistólica y 2 mm Hg diastólica).
- Los datos observacionales sugieren que el uso de CPAP reduce significativamente los accidentes de vehículos motorizados.

Un gran ensayo clínico aleatorizado (ECA) (2.717 pacientes) informa una tendencia estadísticamente significativa hacia la reducción de lesiones (7.4% versus 8.8%, $p = 0.06$)

Evidencia:

- 3 meta-análisis de ensayos controlados aleatorios (ECA) .

Los pacientes eran predominantemente masculinos, con una edad media > 60 años, con apneas obstructivas del sueño de moderadas a graves.

No hubo diferencias estadísticas entre los que usaban CPAP versus atención estándar o simulada:

	CPAP	Control	Características
Enfermedad CV	7%	8%	7 ensayos: 4562 pacientes
Muerte CV	9%	8%	7 ensayos: 5476 pacientes
Enf. coronaria aguda	3%	3%	7 ensayos: 4562 pacientes
ACV	4%	4%	7 ensayos: 4171 pacientes

El análisis post hoc no identificó ninguna relación significativa entre el uso del CPAP y la Enf CV, independientemente de la gravedad de la apnea, la duración del seguimiento o la adherencia.

Limitaciones:

Los estudios incluidos son algo heterogéneos con inclusión de pacientes con apnea central en algunos resultados, diferencias en la duración del seguimiento (2-68 meses) y cumplimiento del uso del CPAP (1.4-5.8 horas / noche en un año).

Conclusiones:

No hay pruebas convincentes de que el CPAP reduzca la ECV o la mortalidad en pacientes con apnea obstructiva del sueño moderada a grave.

La adherencia al tratamiento con CPAP en la mayoría de los ensayos clínicos es baja (1.4 a 5.8 horas / noche en un año).

Se han demostrado modestas mejoras clínicamente importantes en la somnolencia diurna.

Las escalas de calidad de vida también han demostrado mejoras, aunque la importancia clínica no está clara.

Referencias:

Yu J, Zhou Z, McEvoy RD, et al. JAMA. 2017; 318:156-66.

JAMA. 2017; 318:156-66. 2. Abuzaid AS, Al Ashry HS, Elbadawi A, et al.

Am J Cardiol. 2017; 120:693-9. 3. Guo J, Sun Y, Xue LJ, et al. Sleep Breath. 2016; 20:965-74. 4. Laratta CR, Ayas NT, Povitz M, et al.

CMAJ. 2017; 189(48):E1481-88. 5. Kendzerska T, Mollayeva T, Gershon AS, et al. Sleep Med Rev. 2014; 18(1):49-59

Sinusitis. Tratamiento ATB más corto.

Publicado el 16/04/2018

5 a 7 días de ATB para sinusitis.

Un interesante artículo llama a la reflexión sobre el uso de más de 7 días para ATB para tratar la sinusitis (que no sea Azitromicina, fue excluida del análisis)

Sobre una base de datos de más de 3.900.000 visitas con diagnóstico de sinusitis la media de tratamiento antibiótico fue de 10 días (más del 69%)

Las guías habituales detallan que la sinusitis no complicada tiene un tratamiento antibiótico de 5 a 7 días.

Ninguno recetó x 5 días y sólo un 5% recetó por 7 días!

La recomendación de tomar ATB entre 7 y 10 días se da para pacientes de alto riesgo o quienes han tenido fallas al tratamiento.

Varios trabajos señalaron que en más del 90% de los pacientes con sinusitis es suficiente dar entre 5 a 7 días de ATB.

Dar antibióticos por 3-7 días se ha asociado a igual eficacia y menos efectos adversos.

A pesar que el 20% de los tratamientos de 5 días fueron con **Azitromicina**, la Sociedad Americana de Infectología **NO recomienda usarla por su fuerte asociación con resistencia de los gérmenes.**

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2674867?redirect=true&sf186424809=1>

Paciente con tos

Publicado el 11/11/2018

La tos es el síntoma más común por el cual consultan los pacientes.

La tos crónica es más común en las mujeres que en los hombres, ocurre más comúnmente en la quinta y sexta décadas de la vida y puede persistir durante años, con importantes efectos físicos, sociales y psicológicos.

Las guías de práctica describen enfoques sistemáticos para la evaluación y el manejo de la tos crónica; en gran medida se basan en la opinión de consenso y datos de observación de la literatura médica.

La evaluación de la tos crónica debe tener en cuenta

Asma

Reflujo gastroesofágico

Goteo post nasal

Para los pacientes con tos crónica refractaria, pueden ser necesarios otros enfoques de tratamiento.

¿Cómo se define la tos crónica?

Tos que dura **más de 8 semanas**.

De los muchos medicamentos que pueden producir tos como efecto secundario, ¿Cuál es el que se asocia más comúnmente con la tos?

Los **IECA** producen tos en aproximadamente el 20% de los pacientes tratados.

¿Qué pruebas o tratamiento empírico serían apropiados para un paciente con tos crónica, dadas las etiologías más comunes?

Si la radiografía de tórax y la espirometría son normales, y se continúa pensando en asma se puede pensar en realizar una prueba de metacolina para evaluar la hiperreactividad bronquial (está indicada en pacientes con resultados normales y sin otra causa obvia de tos)

Los niveles de óxido nítrico exhalado también pueden estar elevados.

Aunque faltan datos de ensayos aleatorios para guiar el manejo del asma variante de la tos, la experiencia clínica sugiere que esta afección generalmente responde al tratamiento con glucocorticoides inhalados.

La relación entre la tos y el reflujo esofágico es compleja, pero cada vez es más clara.

Las pautas sugieren una **prueba terapéutica con omeprazol cada 12 hs por 3 meses** en pacientes con tos crónica.

Sin embargo, muchos pacientes con tos no tienen enfermedad de reflujo gastroesofágica sintomática, y la mayoría de los ensayos controlados aleatorios del tratamiento de reflujo para la tos no han mostrado una mejoría significativa en asociación con este tipo de tratamiento.

Los pacientes con tos crónica a menudo informan una sensación de goteo postnasal. Las pautas recomiendan glucocorticoides y antihistamínicos nasales para pacientes con rinitis alérgica y tos crónica, pero faltan ensayos aleatorizados y controlados para apoyar este enfoque. Se deben considerar otras afecciones que pueden manifestarse con tos crónica y que podrían responder al tratamiento, y se debe hacer una interconsulta a neumonología.

Las afecciones asociadas con tos crónica incluyen apnea obstructiva del sueño, bronquitis eosinofílica, hipertrofia amigdalina y amigdalitis recurrente, y enfermedad del oído externo mediada a través de la rama auricular del nervio vago.

En los casos en que la tos permanece refractaria, se recomienda realizar una TAC de alta resolución del tórax para descartar alguna enfermedad pulmonar parenquimatosa que no es visible en las radiografías de tórax simple (por ejemplo, fibrosis pulmonar, bronquiectasia o sarcoidosis).

<https://blogs.nejm.org/now/index.php/chronic-cough-2/2016/10/20/>

Neumonía de la comunidad en adultos.

Publicado el 04/03/2018

¿Cuándo sospechar *Streptococcus Pneumoniae* resistente?

- Edad > 65 años.
- Tratamiento con betalactámicos, macrólidos o fluoroquinolonas en los últimos 3 a 6 meses.
- Alcoholismo.
- Comorbilidades médicas.
- Enfermedad o terapia inmunosupresora.
- Exposición a un niño que estuvo en una guardería.

Asma y la “zona amarilla”.

Publicado el 13/03/2018

Te recomendamos ver el siguiente video:

<https://www.facebook.com/profammf/videos/1839665766066039/>

Agonistas β_2 para el asma y mortalidad. ¿Qué hay de cierto?

Publicado el 9/12/2018

La evidencia epidemiológica ha sugerido una relación entre el uso de agonistas β_2 y el aumento de la mortalidad por asma.

Mucho debate ha rodeado posibles vínculos causales para esta asociación, y si los β agonistas de acción prolongada (diarios) son seguros, particularmente cuando se usan en combinación con corticosteroides inhalatorios (ICS).

Una nueva actualización Cochrane [1] incluye datos de dos grandes ensayos clínicos que incluyen 11.679 adultos y 6208 niños.

Los objetivos

Se enfocaron en evaluar los riesgos de **mortalidad** y **eventos adversos graves no fatales**.

En los ensayos se asignaron al azar a los participantes con asma crónico a:

Salmeterol + Corticoides inhalatorios (CI) versus Corticoides inhalatorios (CI) a iguales dosis.

Métodos de búsqueda

Ensayos clínicos aleatorizados

Ensayos clínicos con datos no publicados.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos aleatorios con adultos, niños o ambos con asma de cualquier gravedad que fueron asignados al azar al tratamiento con salmeterol regular y corticoides (en inhaladores separados o combinados) versus la misma dosis de corticoides inhalatorios por al menos 12 semanas de duración.

Resultados principales

En esta revisión se incluyeron 41 estudios (**27.951 participantes**) adultos y adolescentes, junto con 8 estudios (**8453 participantes**) en niños.

	Salmeterol + CI	Corticoides inhalatorios	OR (IC 95%)
Mortalidad (adultos)	11 de 14.233	13 de 13.718	0.8 (IC 95%: 0.36 a 1.78)
NND (número necesario para dañar) Mortalidad (adultos) Cada 1000 adultos tratadas x 25 sem	1*	1*	
Eventos adversos graves no fatales (EAG) Adultos	332	282	1.14 (IC95%: 0.97-1.33)
NND (número necesario para dañar) EAG Cada 1000 adultos tratados x 25 sem	23	21	IC95% 20-27
Eventos adversos graves no fatales (EAG) Niños	65/4229	62/4224	1,04 (IC95%: 0.73 -1.48)
NND (número necesario para dañar) EAG. Cada 1000 niños tratados x 23 semanas	15	15	IC95% 11-22
Eventos adversos graves relacionados con el asma adultos	80	67	1,15 (IC95%: 0.83 -1.59)
NND (número necesario para dañar) EAG relacionados con el asma Cada 1000 adultos tratadas x 25 semanas	6	5	IC95% 4-8
Eventos adversos graves relacionados con el asma niños	29	23	1,25 (IC95%: 0.72 -2.16)
NND (número necesario para dañar) EAG relacionados con el asma. Cada 1000 niños tratados/25 semanas	7	5	IC95% 4-12

* No hubo mortalidad en niños, ni adultos ni niños murieron de asma, por lo que no estamos seguros de la mortalidad infantil y de la mortalidad por asma en ningún grupo etéreo.

Conclusiones de los autores

No se encontraron diferencia en el riesgo de muerte o eventos adversos graves en adultos o niños en corticoides inhalatorios sólo vs salmeterol + CI.

Sin embargo, los autores de los ensayos no informaron muertes por asma solo durante un promedio de seis meses.

Por lo tanto, el riesgo de morir de asma en cualquiera de los tratamientos fue muy bajo, pero no estamos seguros de si el riesgo de morir de asma se ve alterado al agregar salmeterol a los CI.

La inclusión de nuevos ensayos ha aumentado la precisión de las estimaciones para eventos adversos no fatales de cualquier causa.

[1] <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006922.pub4/full>

EPOC: Caso clínico.

Publicado el 10 y 11/02/2018

Jorge tiene 64 años. Te consulta por la espirometría que se hizo. En los últimos 6 meses tuvo progresivamente falta de aire. Antes caminaba cómodamente hasta el club, unas 15 cuadras, para reunirse con sus amigos. Ahora le cuesta más. Dejó de fumar hace 4 años (fumaba 20 cigarrillos/día desde los 20 años). De vez en cuando usa un aerosol de salbutamol, que se lo indicaron durante los últimos dos años.

Resultados de la espirometría:

FEV1/CVF: 0.66

FEV1: 48% del teórico

¿Cuál te parece que es el siguiente paso en el tratamiento de este paciente?

(1 opción)

- a. Budesonida 200 mcgr 1 puff 2 veces/día.
- b. Budesonida 200 mcgr + formoterol 6 mcgr/inhal 2 veces/día.
- c. Formoterol 12 mcgr 1 puff 2 veces al día.
- d. Salbutamol 100 mcgr 1-2 inhalaciones a demanda.
- e. Tiotropio 18 mcgr OD + budesonida 200 mcgr + formoterol 6 microgramos / inhal 2 inhalaciones 2 veces por día.

RESPUESTA CORRECTA B

Cuando en la espirometría te encontrás con un FEV1/FVC < a 0,7 es compatible con EPOC y si el FEV1 está entre 30-49% del predicho es diagnóstico de EPOC fase 3 (severa).

Siendo así:

* Dejar de fumar es uno de los componentes más importantes del manejo.

* En personas con EPOC estable que tienen disnea o exacerbaciones a pesar del uso "a demanda" de broncodilatadores de acción corta, ofrecer lo siguiente como terapia de mantenimiento:

Si el FEV1 \geq 50% del teórico: Agonista β 2 de acción prolongada (ABAP): Formoterol, Salmeterol, Indacaterol o un antagonista muscarínico de acción prolongada (Tiotropio)

Si el valor de FEV1 < 50% del teórico: Se puede indicar un alguno de los ABAP con un corticoide inhalatorio o tiotropio (en un inhalador combinado)

Las personas con EPOC que permanecen con disnea o tienen exacerbaciones a pesar de estar con ABAP + corticoide, agregar tiotropio independientemente de su FEV1.

<http://www.guiasalud.es/.../apartado06/tratamiento%20fase%20e...>

Los NO de los traumatólogos.

Publicado el 19/04/2018

La Fundación Choosing Wisely de Canadá junta las 10 prácticas que NO deberían hacer las Sociedades Científicas de cada especialidad.

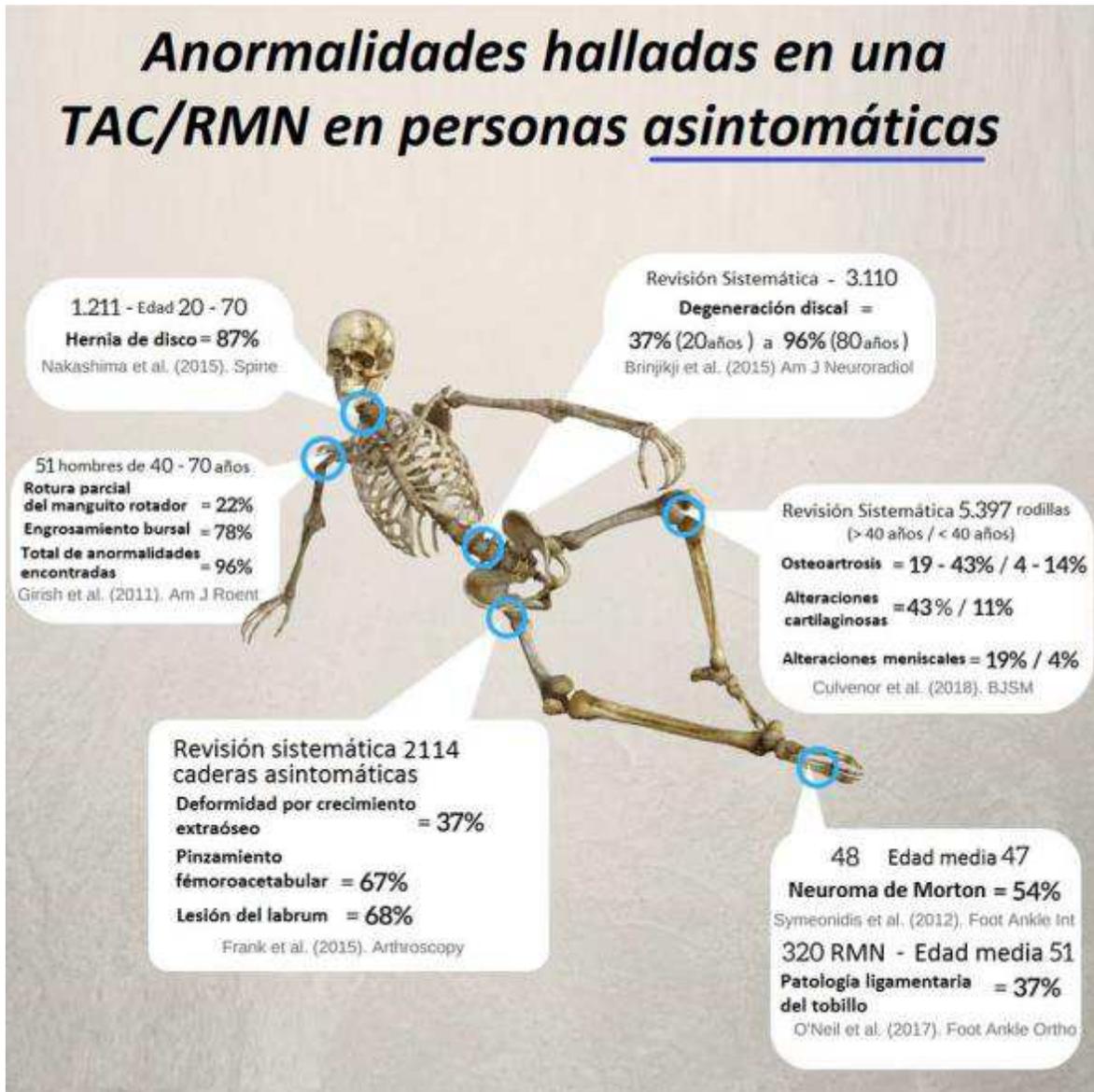
Les resumimos algunas que **los traumatólogos recomiendan NO hacer**.

- No indiques una RMN de rodilla cuando la radiografía de pie demuestra osteoartritis y los síntomas sean sugestivos de osteoartritis. La RMN raramente agrega más información al diagnóstico o al tratamiento.
- No indiques una RMN de cadera cuando la radiografía muestre osteoartritis y los síntomas sean indicativos de osteoartritis. La RMN raramente agrega más información al diagnóstico o al tratamiento.
- No uses glucosamina y condroitina para tratar pacientes con osteoartritis sintomática de la rodilla.
- Tanto la glucosamina como el sulfato de condroitina NO proporcionan alivio para los pacientes con osteoartritis sintomática de la rodilla.

<https://choosingwiselycanada.org/orthopaedics/>

No pidas TAC/RMN en personas asintomáticas.

Publicado el 24/08/2018



Lumbalgia.

Publicado el 23/03/2018

En todo el mundo, el uso excesivo de radiografías y resonancias son inapropiados. Los tratamientos con opiáceos y la cirugía tampoco son útiles.

The Lancet publica tres artículos sobre dolor lumbar [1]

La gran mayoría del dolor lumbar es musculoesquelético. Un pequeño porcentaje tiene los llamados síntomas de bandera roja: antecedentes de cáncer o con diagnóstico actual, fiebre, pérdida de peso inexplicable y sudores, dolor nocturno, incapacidad para pararse, orinar o defecar, o dolor muy intenso e incesante que empeora.

La buena noticia es que el 90% de los casos mejorarán dentro de las 6 semanas. Independientemente de lo que hagas.

No hay buena evidencia de que alguna intervención (tens, acupuntura, osteopatía o quiropraxia, infiltraciones epidurales o cirugía) afecten significativamente el resultado.

El reposo prolongado en cama, NO se recomienda. Hace que la recuperación del dolor sea menos probable.

La clave para la recuperación es que el paciente siga caminando y trabajando.

Los analgésicos pueden ser útiles a corto plazo, si esa es la única forma en que puede seguir moviéndose.

Una de cada tres personas que tiene un episodio de dolor lumbar tendrá una recurrencia al año siguiente. Por lo tanto, es importante observar como puede adaptarse en el trabajo, evitar levantar objetos pesados y concentrarse en el fortalecimiento muscular central con pilates, natación y algunos tipos de yoga una vez que se recupere del ataque agudo.

[1] [http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736\(18\)30489-6/fulltext](http://www.thelancet.com/.../PIIS0140-6736(18)30489-6/fulltext)

Lumbalgia para tus pacientes

Publicado el 25/02/2018

Qué se sabe

La lumbalgia es la segunda causa más común de discapacidad después de la artrosis.
La mayoría de los tratamientos: cirugía, antiinflamatorios, corticoides son poco útiles para la mayoría y pueden producir efectos adversos.
Cada vez hay más evidencia que hacer ejercicio, terapias alternativas, yoga y masajes nos muy útiles y alivian los dolores.



Qué no se sabe

En la mayoría de los casos NO se sabe identificar la causa del dolor persistente y cómo resolverlo.

Tampoco está claro qué tratamiento alternativo será mejor para Ud.



Qué significa este problema para Ud:

Es importante que consulte con su médico de familia

Él sabrá si pedir o no estudios.

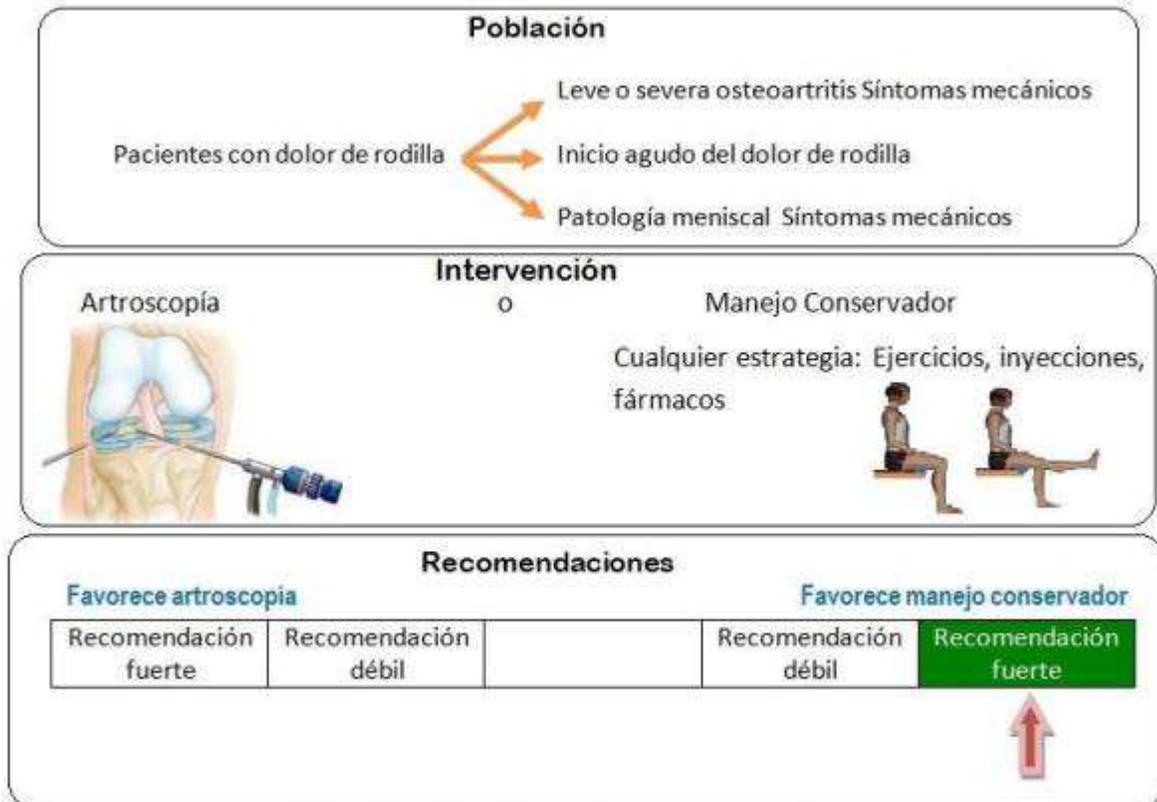
Mientras tanto:

Manténgase activo y con la ayuda de un kinesiólogo o un profesional físico realice ejercicios suaves supervisados: Aeróbicos, masajes, pilates, quiropraxia, tai chi pueden ayudarlo a manejar los síntomas



Gonalgia: ¡Siempre conservador!

Publicado el 04/09/2018



Brignardello-Peterson R, Guyatt GH, Schandelmaier S, et al. Knee arthroscopy versus conservative management in patients with degenerative knee disease: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e016114. doi:doi:10.1136/bmjopen-2017-161114

Fracturas por compresión vertebral (FCV). ¿Son buenos los procedimientos quirúrgicos?

Publicado el 4/11/2018

Varios grupos alzan su voz con un mensaje engañoso: La osteoporosis en alza. Crear conciencia sobre lo que consideran un problema "poco diagnosticado": la fractura por compresión vertebral (FCV) por osteoporosis.

Hay una realidad: **La osteoporosis está sobrediagnosticada y sobretratada.**

Muchos expertos concuerdan que las fracturas por compresión vertebral son una condición autolimitada que a menudo solo requiere un manejo temporal del dolor.

Algunos traumatólogos de columna promueven dos técnicas:

La **vertebroplastia** que consiste en inyectar cemento en las vértebras para estabilizar las fracturas por osteoporosis u otras causas.

La **cifoplastia** que es un tipo de vertebroplastia. En general es lo mismo pero agrega un paso previo: Se infla un balón dentro de la columna vertebral, expandiendo así la vértebra comprimida y creando un espacio para el cemento. Ver esquema al final de esta página.

La vertebroplastia tiene más riesgos que beneficios.

Muchos médicos promueven la cifoplastia indicándola con el argumento que es una técnica nueva, relativamente no invasiva, de una hora de procedimiento y que ofrece un mejor alivio y calidad de vida que el tratamiento no quirúrgico en pacientes con FCV aguda.

Van más lejos al sugerir que "devolverá a los pacientes con FCV su vida, y los mantendrá alejados de los opioides".

El problema es que no hay ensayos controlados contra placebo que prueben que ese es el caso de la cifoplastia.

Una reciente [revisión Cochrane](#) [1] NO muestra evidencia de que la vertebroplastia conduzca a beneficios clínicamente significativos en términos de control del dolor, discapacidad o calidad de vida.

Hay algunos ensayos controlados aleatorios que comparan la cifoplastia con el manejo habitual, pero todos estos sobreestiman el beneficio debido a la falta de ciego.

En promedio, para una afección autolimitada como FVC, la falta de ciego sobreestima el efecto del tratamiento en aproximadamente un 20 a 30%.

Al ser resultados subjetivos y conocer qué tipo de tratamiento recibieron puede haber una tendencia a evaluarlos mejor.

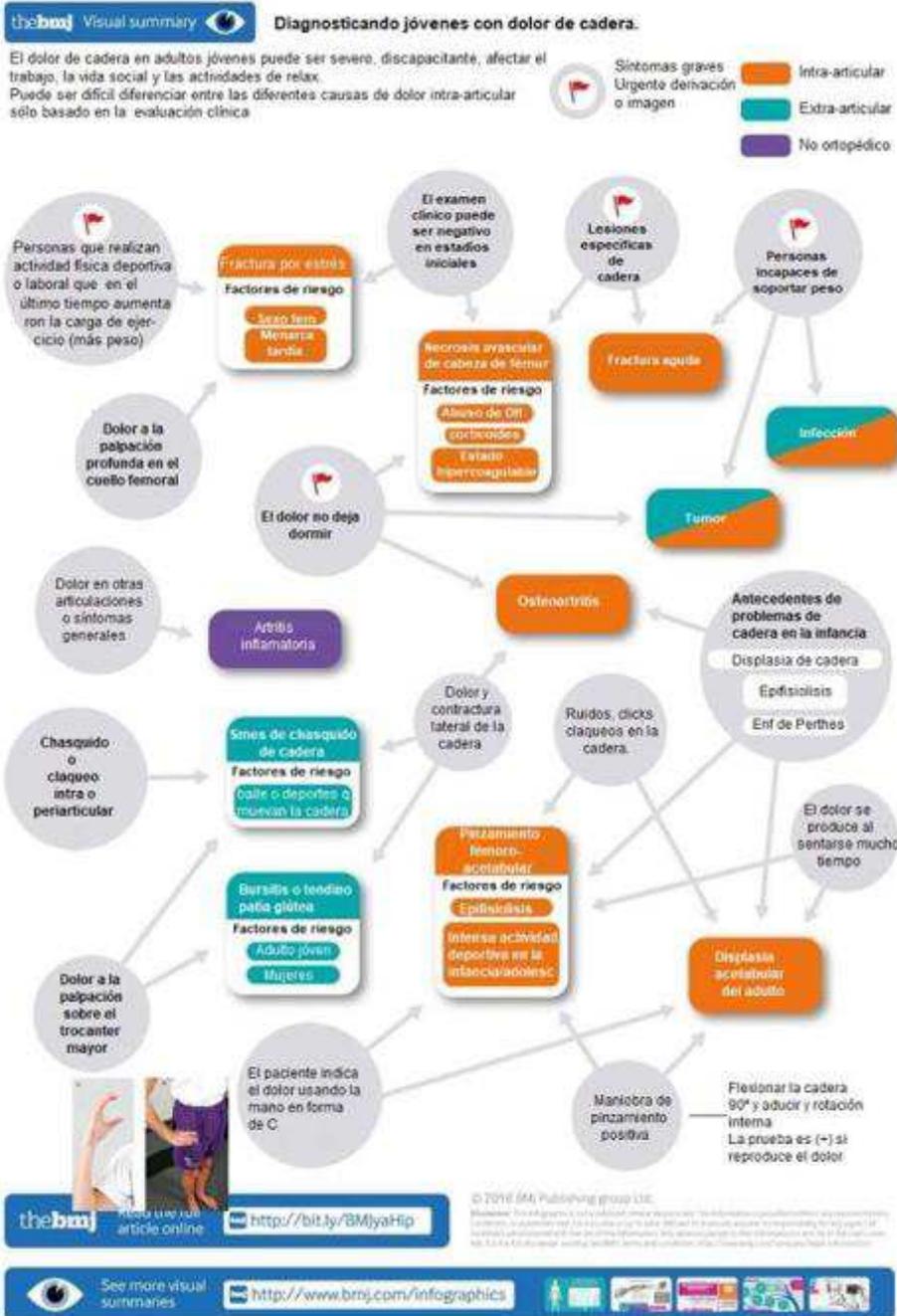
Teniendo esto en cuenta, parece que la cifoplastia es tan ineficaz como la vertebroplastia.



[1] https://www.cochrane.org/CD006349/MUSKEL_vertebroplasty-treating-spinal-fractures-due-osteoporosis

Coxalgia en pacientes jóvenes.

Publicado el 24/04/2018



Lesiones del manguito rotador

Publicado el 10/07/2018

¿Sabés que maniobras del examen físico te ayudan a determinar una lesión del manguito rotador? Una revisión del JAMA da una buena orientación para examinar a los pacientes con dolor de hombro.

El link de este video es:

<https://www.facebook.com/profammf/videos/1982075941825020/>

Hombro congelado

Publicado el 4/12/2018

La incapacidad de mover el hombro, con o sin ayuda, es un signo clásico de hombro congelado.

Otros síntomas posibles incluyen:

Dolor difuso

Este dolor se siente sobre el hombro y ocasionalmente en la parte superior del brazo. El dolor comienza gradualmente y se intensifica con el movimiento del hombro. El dolor suele empeorar durante la fase temprana de la afección y disminuye en las fases posteriores de esta afección.

Rigidez del hombro.

Una disminución notable en el rango de movimiento del hombro ocurre cuando la cápsula de la articulación del hombro se inflama. Las personas con hombro congelado suelen tener dolor con el movimiento del brazo, por lo que tratan de evitarlo. Pero evitar el movimiento del brazo puede llevar a una mayor rigidez.

La movilidad mejora y puede recuperarse completamente a medida que la condición mejora.

Problemas para dormir.

Dormir sobre el lado afectado suele ser incómodo o incluso doloroso.

Los síntomas de hombro congelado pueden ser más graves en las personas que tienen diabetes.

Fases del hombro congelado

Los síntomas específicos están asociados con las tres etapas diferentes del hombro congelado.

1. Congelación (fase dolorosa)

Esta etapa inicial varía de 6 semanas a 9 meses, y el dolor aumenta gradualmente con el tiempo. A medida que el dolor se intensifica, el hombro finalmente pierde rango de movimiento. El dolor empeora por la noche y el sueño se vuelve difícil. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos de venta libre, como el ibuprofeno, pueden no tratar adecuadamente el dolor.

2. Fase rígida o adhesiva

Durante este período de 4 a 6 meses, el dolor en el hombro puede disminuir.

Sin embargo, la articulación del hombro se endurece en esta fase, y las actividades cotidianas como vestirse son un desafío.

Los músculos del hombro pueden debilitarse debido a la inactividad, lo que puede ocasionar cambios visibles para el paciente y / o el médico.

3. Descongelación (la fase de recuperación)

La etapa de descongelación puede durar de 6 meses a 2 años. La fuerza y el movimiento del hombro pueden volver total o parcialmente a la normalidad. El dolor continúa disminuyendo durante esta fase, también.

En general, las personas informan que sus síntomas son más graves cuando comienza la afección, durante la etapa de congelación.

Tratamiento conservador:

Protección, Reposo, Hielo, Compresión y Elevación

Los expertos recomiendan que los pacientes con lesión aguda utilicen estos 5 puntos poco después de que se produzca la lesión. Puede ser particularmente útil durante las primeras 24 a 72 horas.

Protección:

Está destinada a prevenir lesiones adicionales. La inmovilización parcial del área lesionada mediante el uso de un cabestrillo o una abrazadera.

Reposo:

Es importante para permitir la curación. Sin embargo, muchos especialistas en medicina deportiva usan el término "descanso relativo", que significa descanso que permite la curación, pero no es tan restrictivo que la recuperación se vea comprometida o disminuida.

Una persona debe evitar las actividades que estresan el área lesionada hasta el punto de dolor o que pueden retardar o prevenir la curación. Sin embargo, el movimiento leve es beneficioso.

Se ha demostrado que las contracciones isométricas suaves, sin dolor, de rango de movimiento e isométricas básicas de las articulaciones y los músculos que rodean una lesión aceleran la recuperación.

Hielo:

La crioterapia para tratar lesiones agudas minimiza y reduce la hinchazón, y también disminuye el dolor.

Hay muchas formas de emplear la crioterapia en casa. No más de 10 a 15 minutos y 1 a 2 horas de descanso generalmente se consideran efectivos y más seguros que los períodos más largos de la aplicación continua de hielo.

Compresión:

Es el uso de una venda elástica de compresión para aplicar una fuerza externa al tejido lesionado puede ser beneficiosa.

Esta compresión minimiza la hinchazón y proporciona un soporte suave.

La aplicación de un vendaje elástico requiere cierta atención al detalle: Debe aplicarse directamente sobre la piel comenzando unos centímetros por debajo de la lesión y envolviéndolo en forma de ocho o en espiral a unos pocos centímetros por encima del área lesionada. Se debe aplicar una cantidad media de tensión para proporcionar una compresión amplia, pero no demasiado restrictiva.

El vendaje no debe causar entumecimiento, hormigueo o cambio de color en el tejido blando.

Elevación

Para ayudar a reducir el edema en la extremidad o articulación lesionada.

Controlar la hinchazón puede ayudar a disminuir el dolor y puede limitar la pérdida de rango de movimiento, posiblemente acelerando el tiempo de recuperación.

La elevación se logra colocando el área lesionada por encima del nivel del corazón. La elevación durante la mayoría de las horas de vigilia, si es posible, y la colocación de la extremidad lesionada en almohadas adicionales para dormir es probablemente más efectiva en las primeras 24 a 48 horas. Si hay una hinchazón significativa que continúa después de 24 a 48 horas, o si la hinchazón se repite durante la recuperación, entonces es apropiado continuar la elevación periódica.

Además de los pasos descritos, los tratamientos adicionales pueden ayudar a aliviar los síntomas.

- Los pacientes que necesitan alivio del dolor pueden usar AINEs en cremas, comprimidos o paracetamol.
- Para reducir la acumulación de líquido que conduce a la hinchazón (edema), los pacientes pueden probar un ligero masaje alrededor de la cabeza y / o ejercicios suaves de rango de movimiento para las articulaciones afectadas y el tejido blando.
- Las contracciones isométricas de los músculos pueden mejorar y mantener la fuerza y la función.

Evitar

Algunos tratamientos pueden causar más daño que bien. A continuación hay una lista de cosas que pueden agravar una lesión aguda:

- **Exposición con agua caliente o tratamientos térmicos en el área lesionada.**
- **Elongación, movimientos o actividad de carga de peso que es dolorosa**
- **Masaje agresivo, profundo.**
- **Hielo o compresas frías colocadas directamente sobre la piel.**
- **Consejos contrarios al sentido común o principios ampliamente aceptados de atención básica de lesiones.**

Referencias:

Frozen shoulder causes. NationalHealthServices website. <http://www.nhs.uk/Conditions/Frozen-shoulder/Pages/Causes.aspx>. Last reviewed March 17, 2016. Accessed August 12, 2016.

Fracturas de clavícula desplazada

Publicado el 19/10/2018

Contexto:

- El manejo quirúrgico de las fracturas de clavícula desplazadas ha aumentado exponencialmente en los últimos 20 años.
- 20-38% de los pacientes que se someten a una cirugía por fractura de clavícula necesitarán una segunda cirugía.

Evidencia:

ECA		Reducción + Cirugía	Conservador
Alta calidad	Fracturas de clavícula sin compromiso neurovascular.	= Rehabilitación (fisioterapeutas ciegos a la intervención)	= Rehabilitación (fisioterapeutas ciegos a la intervención)
302 pacientes ingleses	Dolor y función	Mejor a < 6 semanas pero no a 3 o 9 meses	
	Discapacidad de hombro, brazo y mano	2	3 Sin diferencias estad
117 pacientes brasileños	Dolor y funcionalidad	Sin diferencias	
160 pacientes holandeses	Dolor y funcionalidad	Sin diferencias	

- Ensayos controlados aleatorios (ECA): en su mayoría varones con eje intermedio, desplazado, cerrado

Conclusión:

Evidencia de alta calidad demuestra que **NO hay diferencias significativas a largo plazo en el tratamiento quirúrgico vs el conservador** en cuanto a:

Resultados orientados al paciente (dolor, función, retorno al trabajo).

Resultados según actividades anteriores, o satisfacción del paciente.

Aproximadamente el 20-38% de los pacientes con cirugía requieren una segunda cirugía para retirar la placa.

Referencias:

1. Ahrens PM, Garlick NI, Barber J, et al. J BoneJtSurg. 2017; 99(16):1345-54.
2. Kukkonen J, Kauko T, Vahlberg T. J ShoulderElbSurg. 2013; 22:1650-5.
3. Franchignoni F, Vercelli S, Giordano A, et al. J OrthopSportsPhysTher. 2014; 44(1):30-9.
4. Williams N. Occupational Medicine. 2014; 64:67-8.
5. Yian EH, Ramappa AJ, Arneberg O, et al. J ShoulderElbSurg. 2005; 14(2):128-33. 6. Tamaoki MJS, Matsunaga FT, da Costa AR, et al. J BoneJtSurg. 2017; 99(14):1159- 65.

¿Cuándo se opera una fractura de cadera?

Publicado el 17/08/2018



Adicciones

Humo de marihuana en los hogares con niños

Publicado el 04/07/2018

Desde hace tiempo sabemos sobre las consecuencias del impacto del hábito del tabaco entre los fumadores pasivos, niños o adultos, que ha estimulado la generación de múltiples campañas de reducción del tabaquismo en padres, pero poco sabemos sobre el cannabis en la población de padres y su impacto infantil. Se ha visto en algunos trabajos que los efectos de la exposición infantil al humo de cannabis también puede ser perjudicial. Por ejemplo, los estudios de laboratorio sobre la composición química del humo de los cigarrillos de marihuana confirman la presencia de carcinógenos conocidos y otros productos químicos vinculados a las vías respiratorias y se han observado niveles detectables de metabolitos de marihuana en niños expuestos al humo en concentraciones más altas.

Sin embargo poco se sabe sobre la prevalencia de la exposición a ambos y qué poblaciones podrían estar en mayor riesgo. Sí, hay cada vez hay más trabajos sobre qué aplicaciones educativas lograrían el descenso del tabaquismo en la población adolescente.

PEDIATRICS June 2018, VOLUME 141 / ISSUE 6 American Academy of Pediatrics . TENDENCIAS DEL USO DE CANNABIS Y TABACO EN PADRES CON NIÑOS EN LA CASA DESDE EL 2002 AL 2015. Renee D. Goodwin, et al.

En este estudio, se investigó las tendencias del consumo de cannabis entre padres con hijos en hogares en los Estados Unidos, y se estimaron los cambios en la prevalencia del consumo de cannabis, y del consumo diario de cannabis entre los padres que se identificaron como fumadores y no fumadores de tabaco, con niños en el hogar desde 2002 hasta 2015

METODOS: La Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Salud es un estudio anual representativo, llevado a cabo en los Estados Unidos, utilizando modelos de regresión logística, se estimaron las asociaciones entre el consumo de cigarrillos de tabaco y el consumo de cannabis en el último mes, y el mes pasado, entre los padres con hijos en el hogar entre 2002 y 2015, y se examinó la moderación de estas asociaciones por demografía y tendencias a lo largo del tiempo.

Las tasas de respuesta global ponderada para NSDUH durante estos años variaron del 55.2% (2015) al 71.9% (2002). La mediana de la tasa de respuesta fue del 65.9%. Los análisis se limitaron a los encuestados adultos (de edad ≥ 18 años) con niños menores de 18 años que viven en el hogar (N = 173 082). De estos encuestados, 2.2%, resultando en una población total de estudio de N = 169 259.

RESULTADOS. El consumo de cannabis durante el último mes entre los padres con hijos en el hogar aumentó del 4,9% en 2002 al 6,8% en 2015, mientras que el consumo de cigarrillos de tabaco disminuyó del 27,6% al 20,2%. El consumo de cannabis aumentó del 11.0% en 2002 al 17.4% en 2015 entre los padres fumadores de cigarrillos de tabaco, y del 2.4% al 4.0% entre los padres que no fuman cigarrillos de tabaco (valor P para tendencias $<.0001$).

El consumo de cannabis fue casi 4 veces más común entre fumadores de tabaco que los no fumadores (17,4% frente a 4,0%, odds ratio ajustado = 3,88 [3,16-4,75]), al igual que el consumo diario de cannabis (4,6 frente a 0,8%; odds ratio ajustado = 3,70 [2.46-5.55]). El porcentaje

general de padres que usaron cigarrillos y cannabis disminuyó del 29.7% en 2002 al 23.5% en 2015.

CONCLUSIONES

A pesar del descenso en el consumo de cigarrillos de tabaco, entre padres con hijos en el hogar en los Estados Unidos, el uso de cannabis está aumentando en los hogares con niños, particularmente entre padres que también fuman tabaco. Los esfuerzos de salud pública que han mostrado éxito en la disminución de la exposición al tabaco en el hogar pueden complicarse por el mayor uso de otros productos ahumados, como el cannabis. Los padres pueden beneficiarse de la educación sobre la protección de los niños contra los productos de marihuana, la parafernalia, el desperdicio y el humo.

Consumo de alcohol.

Publicado el 21/03/2018

La Argentina ocupa el tercer lugar en toda América en consumo de alcohol con un consumo de 9.1 lt por cápita.

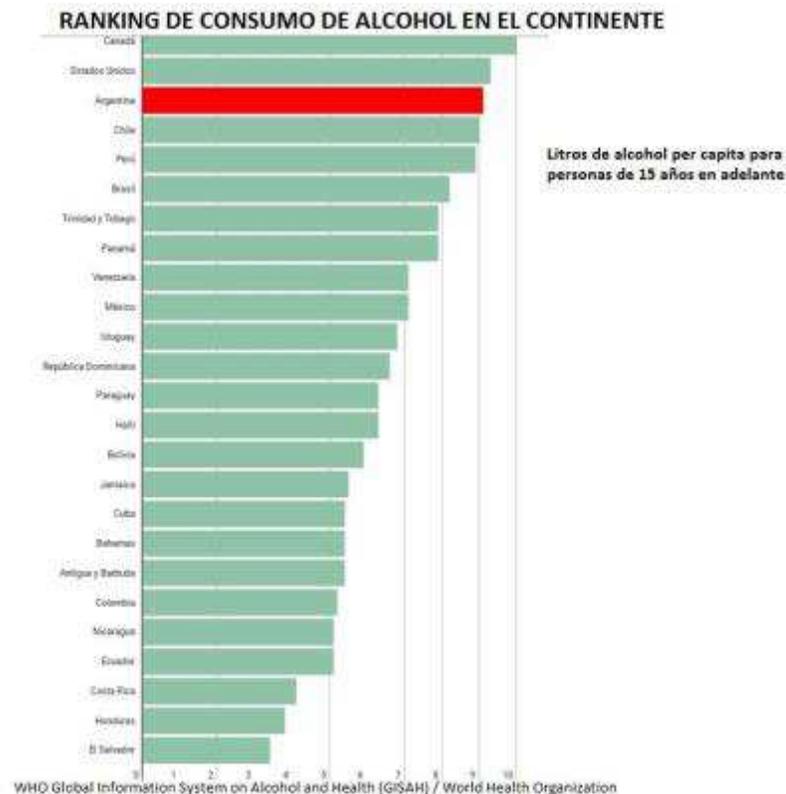
Los instrumentos recomendados para el rastreo incluyen uno de los siguientes:

- AUDIT: 10 preguntas
- AUDIT-C (AUDIT-Consumo): 3 preguntas
- Una sola pregunta: "¿Cuántas veces en el último año ha tomado 5 (para hombres) o 4 (para mujeres y todos los adultos mayores de 65) o más bebidas en un día?" (JW Gen Med 28 de julio 2009).
(Esta información la tenés en el post del 5/6/2016)

La Fuerza de Tareas Americana (USPSTF) recomienda que los profesionales de atención primaria se actualicen sobre las estrategias para detectar el uso indebido de alcohol e intervenir en pacientes con resultados (+).

El documento también proporciona recursos adicionales para ayudar a los pacientes.

Cabe destacar que, aunque las Fuerzas de Tareas no encontró pruebas suficientes para recomendar el rastreo en adolescentes, muchas entidades recomiendan interrogar acerca del consumo.



Intervenciones breves en adolescentes que beben alcohol

Publicado el 27/07/2018

Artículo original: **When and How Do Brief Alcohol Interventions in Primary Care Reduce Alcohol Use and Alcohol-Related Consequences among Adolescents?** J Pediatr 2018;197:221-32

Objetivo

El objetivo de este estudio fue describir de manera sistemática cuándo y cómo las intervenciones breves sobre alcohol realizadas a adolescentes en ámbitos de atención primaria, reducen el consumo de alcohol y las consecuencias relacionadas con el alcohol entre los adolescentes, utilizando una metodología de revisión realista.

Diseño

Se realizaron búsquedas en once bases de datos electrónicas, literatura gris y evaluaciones de referencia hasta junio de 2016; 11 intervenciones breves publicadas en 13 estudios cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados

Las intervenciones breves sobre consumo de alcohol se realizaron en ámbitos de atención primaria en 2 grupos de adolescentes: por un lado aquellos que tenían una prueba de detección positiva (adolescentes con riesgo bajo a moderado de problemas con el alcohol) y en población general (sin dirigirse específicamente a los adolescentes que informaron un uso nocivo y / o peligroso del alcohol).

Los estudios que incluyeron intervenciones breves para adolescentes con riesgo bajo a moderado de problemas con el alcohol utilizaron la herramienta CRAFFT (a excepción de uno) para su detección.

Las intervenciones que utilizaron entrevistas motivacionales en adolescentes con riesgo bajo a moderado se basaron en 2 mecanismos potenciales:

- Provocando y fortaleciendo la motivación para cambiar
- A través de la interpretación para ayudar al adolescente a desarrollar discrepancias entre el consumo actual de alcohol y las consecuencias, metas y valores.

Estas intervenciones dieron como resultado reducciones clínicamente significativas en el consumo de alcohol y las consecuencias relacionadas.

El riesgo entre pares también se identificó, entre las intervenciones breves universales e indicadas, como un posible mecanismo para cambiar los resultados relacionados con el alcohol entre los adolescentes que recibieron la intervención.

Conclusiones

La evidencia actual sugiere que tanto la realización “indicada” (a aquellos adolescentes con riesgo) como universal de intervenciones breves sobre alcohol a los adolescentes, pueden reducir el consumo de alcohol y las consecuencias relacionadas.

Faltan estudios mejor diseñados para medir adecuadamente los efectos de la intervención (comparadores adecuados), mecanismos por los cuales se espera que funcionen las

intervenciones, características los pacientes, etc., lo que hace que sea un desafío establecer con firmeza qué enfoques son efectivos y bajo qué condiciones.

La investigación futura debe basarse en fundamentos teóricamente comprobados y que especifique claramente los métodos de intervención breve, lo cual es esencial para desarrollar pautas y capacitación para la práctica cotidiana

¿Fuma?

Publicado el 26/01/2018

No, sólo un cigarrillo al día...

Esta “mínima” cantidad se asocia con un aumento mucho mayor de lo esperado!

En un meta-análisis [1], los investigadores analizaron 141 estudios prospectivos que examinaron la asociación entre tabaquismo y enfermedad coronaria o ACV en millones de personas generalmente sanas.

En general, en comparación con no fumar, fumar un cigarrillo al día confería riesgos significativamente mayores para ambos resultados.

Los datos de estos pacientes cuando se los ajustó para múltiples factores de confusión (p. ej. colesterol, presión arterial) determinaron que:

Las mujeres que fumaban 1 cigarrillo/día tuvieron un 119% más de riesgo de enfermedad coronaria y un 46% más de riesgo de ACV.

Los hombres que fumaron 1 cigarrillo al día tuvieron un 74% más de riesgo de enfermedad coronaria y un 30% más de riesgo de ACV.

El riesgo de fumar 1 cigarrillo/día fue casi la mitad que el de fumar 20 cigarrillos por día.

[1] <http://www.bmj.com/content/360/bmj.j5855>

Ayudando a los adolescentes a dejar de fumar

Publicado el 12/12/2018

Factores que impactan en dejar de fumar.

Varios trabajos demuestran que a la mayoría de los fumadores adolescentes les gustaría dejar de fumar.

Muchos adolescentes intentan dejar de fumar solos, pero la mayoría de los intentos no tienen éxito y las tasas de recaída son altas.

Hay muchos factores que afectan el éxito de los intentos de dejar de fumar en adolescentes. Se deben tener en cuenta múltiples factores al elegir la mejor estrategia para ayudar a los adolescentes a dejar de fumar.

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta las necesidades personales y las preferencias de cada adolescente relacionadas con el hábito de fumar y dejar de fumar.

Revisión de las intervenciones de cesación.

De acuerdo con una reciente revisión Cochrane sobre el abandono del hábito de fumar en adolescentes, las intervenciones con el mayor nivel de evidencia para respaldarlas son:

Asesoramiento individual

Mejorar la motivación

Terapia cognitiva conductual (TCC).

Las intervenciones enfocadas de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud podrían tener un impacto significativo en las tasas de abandono del hábito de fumar.

Los adolescentes pueden recibir un tratamiento dirigido a mejorar la motivación, para ayudarlos a clarificar sus metas y creencias relacionadas con fumar.

El método más usado es el método de las "5 A" (Ask- Advise- Assess- Assist- Arrange). (Preguntar – Aconsejar – Valorar – Asistir -Coordinar)

Se puede usar para guiar una breve sesión de asesoramiento y **no debe tomar más de 3 a 5 minutos.**

La TCC, un enfoque terapéutico uno a uno estructurado que puede ser proporcionado por médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud capacitados, ha demostrado buena efectividad en los adolescentes.

La terapia suele ser "centrada en el problema" y "basada en la acción", y compromete activamente a los jóvenes a cambiar sus propios hábitos y hábitos de fumar.

Además, un número creciente de formas alternativas, adaptadas o combinadas de intervenciones de consejería (por ej, manejo de contingencias - un tipo de tratamiento de abuso de sustancias que utiliza refuerzo positivo o recompensas) han mostrado resultados prometedores en diferentes poblaciones de jóvenes.

Factores que afectan el éxito de los adolescentes que intentan dejar de fumar.

Es más probable que abandone si...	Es menos probable que deje de fumar si...
Adolescente mayor	Adicción a la nicotina
Sexo masculino	Condiciones de salud mental, incluido trastorno por déficit de atención / hiperactividad por déficit de atención
Embarazo adolescente y paternidad	Uso de drogas y / o alcohol.
Éxito escolar	Enfermedad crónica
Participación en deportes de equipo.	Estrés familiar
Apoyo entre iguales y familiares para la cesación.	Consumo de tabaco entre iguales y familiares.
CYP2A6 metabolizador lento de nicotina	Preocupación por sobrepeso o peso.
	Impulso evolutivo para experimentar
	Miedo al rechazo de los compañeros
	Se percibe falta de privacidad y autonomía.

El método de las 5 A para aconsejar dejar de fumar.

5 A	Descripción	Preguntas sugeridas
Ask: Preguntar	Pregunte sobre el uso del tabaco: para todos los adolescentes, en cada visita y sin padres presentes	¿Alguna vez fumaste cigarrillos o cigarrillos electrónicos? ¿Qué tan frecuente fumás? ¿Cuántos cigarrillos fumaste ayer/ la semana pasada / el mes pasado? ¿Por qué crees que sería una buena/mala idea dejar de fumar? ¿Usas otras formas de tabaco?
Advise: Fomentar	Insto encarecidamente a todos los consumidores de tabaco a dejar de fumar	¿Sabía que dejar de fumar es (una de) las cosas más importante que podés hacer para proteger su salud y la de quienes lo rodean?
Asses: Valorar	Determine la disposición para dejar de fumar mediante la evaluación de la voluntad de intentar dejar de fumar: En los próximos 30 días (preparación) En los próximos 6 meses (contemplación) o Más de 6 meses (pre-contemplación)	¿Estarías listo para dejar de fumar en los próximos 30 días? ¿En los próximos seis meses? ¿Alguna vez intentaste dejar de fumar? ¿Qué crees que te hizo volver a fumar?
Assist: Asistir	Brindar ayuda a los adolescentes que intentan dejar de fumar (incluido fármacos, cuando esté indicado) estableciendo una fecha y dirigiendo al adolescente hacia materiales o grupos de apoyo. Asesorar sobre los riesgos asociados con el consumo de sustancias de reemplazo, como la marihuana o formas alternativas de tabaco.	¿Cuándo creés que sería un buen momento / día para dejar de fumar? ¿Tenés amigos o familiares que puedan apoyarte cuando las cosas se ponen difíciles?
Asset: Coordinar	Organizar un seguimiento para revisar el progreso y volver a evaluar el uso y los problemas de la farmacoterapia, según corresponda	¿Cuándo podemos volver a reunirnos para hablar sobre cómo vas?

Algunas fuentes bibliográficas agregan una sexta "A" (anticipar) antes de los cinco pasos previos como un recordatorio para prepararse para realizar la entrevista en un entorno apropiado (es decir, con o sin padres o compañeros presentes).

Farmacoterapia

La terapia farmacéutica de primera línea en adultos incluye terapia de reemplazo de nicotina (TRN), bupropión y vareniclina.

En la última actualización (2013) de una revisión Cochrane que resume la evidencia de las intervenciones para dejar de fumar en los jóvenes, los datos fueron insuficientes para recomendar cualquier tipo de tratamiento farmacéutico en fumadores jóvenes.

Sin embargo, las directrices nacionales fomentan el uso de la TRN en fumadores adolescentes habituales, aunque no en fumadores ocasionales, principalmente en base a datos de adultos.

Varios ensayos que analizan específicamente la eficacia de los productos de reemplazo de nicotina en adolescentes han revelado resultados prometedores y perfiles de seguridad aceptables. Los chicles de nicotina y los parches transdérmicos son los productos más comúnmente recetados, los otros tratamientos están muy por detrás.

Los efectos secundarios más comunes reportados en los jóvenes son irritación de la boca y la piel, aumento de la frecuencia cardíaca y más lecturas de presión arterial.

Algunos ensayos han analizado los efectos del bupropión y la vareniclina en fumadores adolescentes, con resultados prometedores.

Sin embargo, debido a la pequeña cantidad de sujetos que se están evaluando y los datos de ensayos contradictorios o no significativos, las recomendaciones con respecto al uso de cualquiera de los medicamentos se basan principalmente en la opinión de expertos.

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta las contraindicaciones de estos medicamentos (por ejemplo, un trastorno alimentario o un trastorno convulsivo en el caso de bupropión).

Intervenciones experimentales

Las intervenciones experimentales para fumadores adolescentes han ido ganando popularidad en la literatura. Entre las más estudiadas se encuentran los programas escolares para dejar de fumar, intervenciones para dejar de fumar usando mensajes de texto, tutoría entre pares e intervenciones de autoayuda digitales o virtuales.

En la actualidad, los datos que respaldan la efectividad de tales intervenciones son limitados; Se deben utilizar en combinación con el asesoramiento.

Finalmente, las intervenciones de la mente y el cuerpo, como la atención plena, el yoga, la hipnosis y el biofeedback se han descrito como prometedores en la literatura para adultos. Sin embargo, faltan datos que apoyen su efectividad en la juventud.

Cigarrillos electrónicos

El tema del uso del cigarrillo electrónico como una estrategia de intervención para dejar de fumar en los jóvenes es muy controvertido. De hecho, los datos del estudio sobre la seguridad y / o los beneficios del consumo de cigarrillos electrónicos en adultos y jóvenes son contradictorios.

En la actualidad, los profesionales de la salud no deberían recomendar los cigarrillos electrónicos como ayuda para dejar de fumar, sino educar a los pacientes jóvenes sobre su potencial de daño.

<https://www.cps.ca/en/documents/position/smoking-cessation>

Morbimortalidad de los tratamientos antitabáquicos.

Publicado el 22/05/2018

Algunos pacientes adoptan este discurso ante la oferta de tratamientos antitabáquicos. Muchos de estos rumores los sembraron las propias industrias tabacaleras. Cuando se publicaron los efectos indeseables de dichos tratamientos, magnificaron sus efectos deletéreos limitando el uso de excelentes y confiables productos.

Por supuesto que la morbimortalidad del cigarrillo no se compara con los datos de estos efectos adversos, los cuales se adoptan siempre por un corto tiempo.

Ahora bien, ¿Cuál es la seguridad relativa de los medicamentos para dejar de fumar que comparan la vareniclina, el bupropión, la terapia de reemplazo de nicotina y el placebo en cuánto a problemas cardiovasculares?

Se acaba de publicar un ensayo clínico aleatorizado [1] que incluyó 8058 personas que fumaron, con o sin diagnósticos psiquiátricos establecidos, que recibieron al menos 1 dosis de medicación del estudio (n = 8058), así como un subconjunto de aquellos que completaron 12 semanas de tratamiento más 12 semanas de seguimiento y acordaron recibir un seguimiento durante se incluyeron 28 semanas adicionales (n = 4595).

Intervenciones:

Vareniclina, 1 mg dos veces al día;

Clorhidrato de bupropion, 150 mg dos veces al día; y

Terapia de reemplazo de nicotina, parche de 21 mg/d y descenso gradual.

Resultados primarios y secundarios:

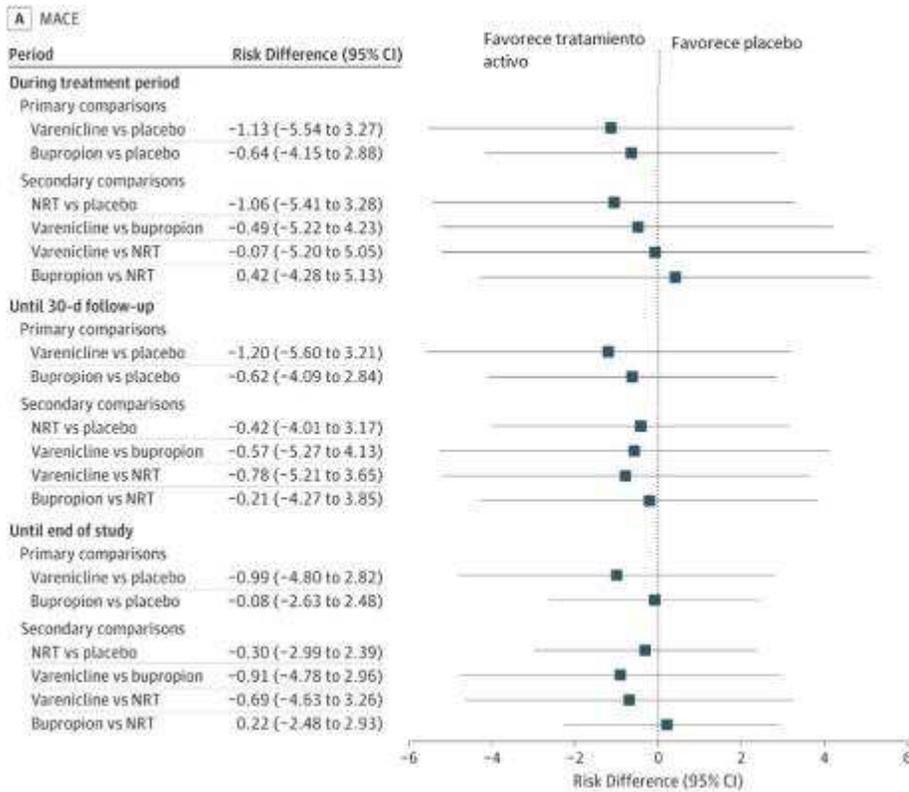
El punto final primario fue el tiempo hasta el desarrollo de un evento cardiovascular adverso importante MIA (Muerte cardiovascular, IAM no fatal o ACV no fatal) durante el tratamiento; los puntos finales secundarios fueron la aparición de MIA y otros eventos cardiovasculares pertinentes (MIA +: MIA o enfermedad vascular periférica de nuevo comienzo o empeoramiento que requirió intervención, revascularización coronaria u hospitalización por angina inestable).

Resultados

De los 8058 participantes, 3553 (44.1%) fueron varones (edad media [DE], 46.5 [12.3] años).

La incidencia de eventos cardiovasculares durante el tratamiento y el seguimiento fue baja (<0,5% para MIA; <0,8% para MIA +) y no difirió significativamente por el tratamiento. No se observaron diferencias de tratamiento significativas en el tiempo a los eventos cardiovasculares, la presión arterial o la frecuencia cardíaca.

No hubo diferencias significativas en el tiempo hasta el inicio de MIA para el tratamiento con vareniclina o bupropión versus placebo (vareniclina: Hazard Ratio 0,29; IC95%, 0,05-1,68 y bupropión: Hazard Ratio 0,50; IC 95%, 0,10-2,50).



Conclusiones y relevancia

- No hay evidencia de que el uso de farmacoterapias para dejar de fumar incremente el riesgo de eventos adversos cardiovasculares serios durante o después del tratamiento.
- ***Los medicamentos para dejar de fumar no aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares serios en la población general de fumadores.***

[1] https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2677060?utm_source=twitter&utm_medium=social_jamaim&utm_term=1540526909&utm_content=followers-article_engagement-figure&utm_campaign=article_alert&linkId=51839207&redirect=true

Fármacos



Antibióticos en la apendicitis

Publicado el 10/11/2018

Los resultados a corto plazo respaldan a los antibióticos como una alternativa a la cirugía para tratar la apendicitis aguda no complicada, pero se desconocen los resultados a largo plazo.

Objetivo

Determinar la tasa de recurrencia tardía de la apendicitis después del tratamiento con antibióticos para el tratamiento de la apendicitis aguda no complicada.

Diseño

Seguimiento observacional a cinco años de pacientes en el ensayo clínico aleatorizado multicéntrico de apendicitis aguda (APPAC) que comparó la apendicectomía con la terapia con antibióticos, en el que 530 pacientes de 18 a 60 años con apendicitis aguda no complicada confirmada por tomografía computarizada aleatorizada para someterse a una apendicectomía (n = 273) o recibir tratamiento con antibióticos (n = 257).

La prueba inicial se realizó entre noviembre de 2009 y junio de 2012 en Finlandia.

El último seguimiento fue el 6 de septiembre de 2017.

Intervenciones

Apendicectomía frente al tratamiento antibiótico con ertapenem intravenoso durante 3 días, seguido de 7 días de levofloxacina oral y metronidazol.

Resultados principales y medidas

En este análisis, los puntos finales secundarios preespecificados informados a los 5 años de seguimiento incluyeron **recidiva tardía (después de 1 año) de apendicitis después del tratamiento con antibióticos**, complicaciones, duración de la estancia hospitalaria y baja por enfermedad.

Resultados

La incidencia acumulada de **recurrencia de apendicitis al año 27.3%**

A los 2 años fue de 34.0% (IC 95%, 28.2% -40.1%; 87/256)

A los 3 años: 35.2% (IC 95%, 29.3% -41.4%; 90/256)

A los 4 años: 37.1 % (IC 95%, 31.2% -43.3%; 95/256)

A los 5 años: 39.1% (IC 95%, 33.1% -45.3%; 100/256)

De los 85 pacientes en el grupo de antibióticos que posteriormente se sometieron a apendicitis por apendicitis recurrente, 76 tenían apendicitis sin complicaciones, 2 tenían apendicitis complicada y 7 no tenían apendicitis.

A los 5 años, la **tasa general de complicaciones** (infecciones del sitio quirúrgico, hernias incisionales, dolor abdominal y síntomas obstructivos) fue:

24,4% (IC 95%, 19,2% -30,3%) (n = 60/246) en el grupo de apendicectomía y 6,5 % (IC 95%, 3.8% -10.4%) (n = 16/246) en el grupo de antibióticos ($P < .001$).

No hubo diferencia entre los grupos para la duración de la estancia hospitalaria, pero hubo una diferencia significativa en la baja por enfermedad (11 días más para el grupo de apendicectomía).

Conclusiones y relevancia

Entre los pacientes que fueron tratados inicialmente con antibióticos para la apendicitis aguda no complicada, la probabilidad de recurrencia tardía dentro de los 5 años fue del 39,1%. Este seguimiento a largo plazo respalda la viabilidad del tratamiento con antibióticos solo como una alternativa a la cirugía para la apendicitis aguda no complicada.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2703354>

Dosis de 75-100 mg% de AAS si pesa menos de 70 kilos

Publicado el 15/07/2018

Tener en cuenta el peso de un paciente podría mejorar la dosificación de aspirina en prevención primaria de eventos cardiovasculares y hacer que la aspirina sea efectiva para prevenir un ACV en hombres.

Un nuevo meta-análisis (1) concluyó que la dosis de aspirina para prevención de eventos cardiovasculares dependerá del peso de los pacientes.

Los investigadores combinaron los datos a nivel del paciente de 10 estudios (n = 117,279) en los cuales la mediana del peso de los participantes del estudio varió de 60.0 a 81.2 kg (p < 0.0001).

Dosis bajas de aspirina (75-100 mg) fueron menos efectivas para reducir eventos cardiovasculares al aumentar el peso (p = 0.0072 para la interacción).

Estas dosis bajas demostraron efectividad (menos eventos) en personas que pesaban 50-69 kg: Hazzard ratio (HR) 0.75, IC 95% 0.65 a 0.85), **pero no en aquellas que pesaban 70 kg o más**: HR 0.95, 95% IC 0.86 a 1.04.

Las personas más pesadas que sí sufrieron un evento cardiovascular tenían más probabilidades de haber fallecido si tomaban una dosis baja de aspirina (OR 1,33, IC del 95%: 1,08 a 1,64).

Por otro lado, dosis más alta de aspirina solo se asoció con eventos cardiovasculares reducidos para aquellos en un rango mayor de peso (p = 0.017 para la interacción).

Tomar más dosis de aspirina no solo no funcionó para algunas personas, sino que también se asoció con daño: el riesgo de muerte súbita aumentó en personas con bajo peso para la dosis (p = 0,0018 para la interacción). De esta manera, las muertes fueron más comunes en personas que pesaban < 50 kg tomando una dosis de aspirina de 75-100 mg (HR 1.52, IC 95% 1.04 a 2.21).

Los autores concluyen que, la dosis óptima de aspirina para prevenir los eventos cardiovasculares depende del peso corporal, impulsado más por la masa corporal magra y la altura que por el IMC.

75-100 mg de aspirina fue ineficaz en la prevención primaria de eventos cardiovasculares en el 80% de los hombres y casi el 50% de las mujeres que pesaron 70 kg o más en este estudio, incluso aumentó la mortalidad CV.

Esto cuestiona el uso de baja dosis de aspirina independientemente del peso.

La dosis óptima de aspirina para la prevención del cáncer colorrectal también dependió del peso (p=0.038 para la interacción).

Dosis baja de aspirina estuvo ligada a un menor riesgo de cáncer en pacientes que pesaban menos de 70 kg (HR 0.64, IC 95% 0.50 a 0.82) pero no en personas más pesadas (HR 0.87, IC 95% 0.71 a 1.07).

Además, el aumento del riesgo de sangrado asociado con la ingesta de aspirina en dosis bajas se perdió en personas que pesaban 90 kg o más ($p = 0,024$ para la interacción).

Otras implicaciones para la práctica clínica del médico de familia

Las comparaciones de aspirina con otros tratamientos antiplaquetarios o antitrombóticos deben estratificarse por tamaño corporal, y las interacciones entre dosis y peso probablemente expliquen por qué los hombres no parecen obtener un beneficio preventivo de la aspirina para el tratamiento del ACV e IAM incluso después de tener en cuenta el índice de masa corporal.

La dosificación ajustada según el peso daría lugar a dosis diarias más altas de aspirina en la mayoría de los pacientes, lo que se esperaría un mayor riesgo de sangrado.

Claramente, se necesita más investigación para establecer si la dosificación de aspirina ajustada al peso debería incorporarse a la atención clínica.

Es poco probable que un enfoque de dosis única de aspirina sea óptimo, y se requiere una estrategia más personalizada.

1. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31133-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31133-4/fulltext)

El síndrome de abstinencia con antidepresivos.

Publicado el 09/04/2018

Originalmente, los antidepresivos fueron para tratamientos entre 6 a 9 meses, lo suficiente para superar una crisis y nada más.

Estudios posteriores sugirieron que una "terapia de mantenimiento" (a largo plazo) podría prevenir el regreso de la depresión en algunos pacientes, pero esos ensayos raramente duraron más de 2 años. [1]

Muchos pacientes los toman por años. Habiendo tenido una cita inicial con el médico de atención primaria (habitualmente no más de 20 minutos), y sin síntomas claros de depresión clínica. Usualmente hay mejoría, y ésta a menudo se basa en el paso del tiempo o el efecto placebo.

Luego paciente y médico son reacios a detener lo que parece ser un acierto!

Los antidepresivos se venden y se recetan por doquier.

La mayoría de los médicos está de acuerdo en que un subconjunto de pacientes se beneficia de una prescripción de por vida, pero no está de acuerdo sobre qué tan grande es el grupo.

El Dr. Peter Kramer, psiquiatra y autor de varios libros sobre antidepresivos, dijo que si bien generalmente trabaja para desintoxicar a los pacientes con depresión de leve a moderada, algunos informan que les va mejor.

"Aquí hay una cuestión cultural, que es con cuánta depresión deben vivir las personas cuando recibimos estos tratamientos que brindan una mejor calidad de vida", dijo el Dr. Kramer. "No creo que sea una pregunta que deba decidirse por adelantado".

Los antidepresivos no son inofensivos; comúnmente causan adormecimiento emocional, problemas sexuales como falta de deseo o disfunción eréctil y aumento de peso.

Una inquietud creciente en los usuarios a largo plazo es difícil de medir: dicen que el comprimido diario les hace dudar de su propia capacidad de recuperación.

Los pacientes que intentan dejar de tomar las drogas a menudo dicen que no pueden hacerlo.

En una encuesta reciente [2] de 250 usuarios a largo plazo de drogas psiquiátricas, la mayoría con antidepresivos, casi la mitad calificaron la abstinencia como grave.

[1] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12606176>

[2] <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201700070?journalCode=ps&>

¿Sirve el ezetimibe?

Publicado el 25/11/2018

Importancia

Algunas personas con alto riesgo de enfermedad cardíaca son intolerantes a las estatinas o tienen una mala respuesta a la terapia con estatinas.

El ezetimibe es un medicamento que puede reducir los niveles de lípidos al inhibir la absorción de colesterol, pero lo que no está claro si tiene efectos beneficiosos sobre la enfermedad cardíaca y la mortalidad.

Características de la revisión Cochrane

Esta evidencia está actualizada hasta julio de 2018.

Se incluyeron 26 estudios con 23.499 participantes.

Estos estudios evaluaron los efectos del ezetimibe con otros fármacos hipolipemiantes versus estatinas solas para la enfermedad cardíaca. Los participantes eran adultos, y la mayoría de ellos habían sido diagnosticados con enfermedad coronaria.

Resultados

El ezetimibe con estatinas probablemente reduce el riesgo de un resultado combinado de muerte por enfermedad cardíaca, IAM o ACV, aunque el beneficio es moderado.

Sin embargo, adicionar ezetimibe a las estatinas o al fenofibrato tiene poco o ningún efecto sobre la mortalidad por cualquier causa.

El tratamiento con ezetimibe y estatinas probablemente reduce el riesgo de IAM no fatales y ACV no fatales.

Agregar ezetimibe a las estatinas o al fenofibrato probablemente tenga poco o ningún efecto sobre la mortalidad relacionada con problemas cardíacos.

El ezetimibe con estatinas podría reducir la necesidad de revascularización coronaria.

En términos de seguridad, no se encontraron estudios suficientes para saber si el ezetimibe aumenta o disminuye los efectos secundarios (p. ej., daño hepático, dolores musculares, cáncer, enfermedad relacionada con la vesícula biliar y abandono por efectos adversos).

En cuanto al análisis de los lípidos en sangre, la adición de ezetimibe + estatinas o fenofibrato podría reducir aún más los niveles de lípidos en la sangre, incluyendo el LDL-colesterol, colesterol total, triglicéridos, y probablemente aumentar el nivel de HDL-c.

Conclusiones de los autores

Efectos beneficiosos modestos sobre el riesgo de enfermedad cardiovascular, principalmente debido a una reducción en el IAM no fatal y el ACV no fatal, pero tiene **poco o ningún efecto sobre los puntos finales fatales clínicos (mortalidad por todas las causas y mortalidad cardiovascular)**.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012502.pub2/full#CD012502-abs-0002>

¿Sirven los probióticos?

Publicado el 25/05/2018

Dar probióticos a las personas que toman antibióticos reduce la posibilidad de desarrollar diarrea causada por el *Clostridium difficile* en un 60%.

Se evita un caso de diarrea asociada a Clostridium por cada 42 personas que reciben probióticos.

Parecen funcionar mejor en aquellas personas que tienen más del 5% de riesgo de infección por *Clostridium*.

Cuando los antibióticos alteran la microbiota, el *Clostridium* se puede reproducir a niveles tóxicos, causando diarrea y complicaciones intestinales graves.

El *C. difficile* está asociado a la diarrea causada por ATB y es la principal causa de diarrea intrahospitalaria

Los probióticos se pueden encontrar en suplementos dietéticos o yogurt pero son más efectivos en los preparados comerciales cápsulas y contienen bacterias vivas.

Una revisión Cochrane [1] reunió 39 ensayos que compararon pacientes que recibieron probióticos vs los que no.

Los resultados son consistentes al tomar en cuenta el tipo de probiótico, el entorno hospitalario o ambulatorio, o si se trata de adultos o niños.

Los probióticos pueden ser adecuados para su uso en pacientes de alto riesgo con antibióticos, por ejemplo, adultos mayores con enfermedad subyacente.

[1] <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006095.pub4/full>

Omega – 3 y la enfermedad cardiovascular

Publicado el 29/07/2018

Desde hace bastante que se dijo que los ácidos grasos poli-insaturados omega-3 proveniente de pescados como sardinas, anchoas, salmón, atún (que contienen ácidos de cadena larga omega-3 (CLO3) como el ácido eicosapentaenoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA)), así como de algunas plantas (ácido alfa-linolénico (ALA)) benefician la salud cardiovascular.

Aún muchas guías de práctica recomiendan aumentar los alimentos ricos en omega-3 y, a veces, dar suplementos.

Objetivos

Evaluar los efectos del aumento de la ingesta de omega-3 a base de pescado y de plantas en la disminución de la mortalidad por todas las causas, eventos cardiovasculares (ECV), adiposidad y lípidos.

Una nueva evidencia Cochrane (1) incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) que duraron al menos 12 meses y se compararon los suplementos y/o consejos para aumentar la ingesta de CLO-3 o ALA frente a la ingesta habitual o menor.

Se realizó un meta-análisis de efectos aleatorios por separado para las intervenciones ácido alfa-linolénico y CLO3, y se evaluaron las relaciones dosis-respuesta a través de la metarregresión.

Resultados principales

Se incluyeron **79 ECA (112.059 participantes)** en esta actualización de la revisión y se encontró que 25 tenían bajo riesgo sumario de sesgo.

Los ensayos tuvieron una duración de 12 a 72 meses e incluyeron adultos con diversos riesgos cardiovasculares, principalmente en países de altos ingresos.

La mayoría de los estudios evaluaron la administración de suplementos de CLO-3 con cápsulas, pero algunos usaron alimentos enriquecidos con CLO-3 o ALA o consejos dietéticos en comparación con el placebo o la dieta habitual.

El meta-análisis y los análisis de sensibilidad sugirieron poco o ningún efecto de aumentar **CLO-3** en la:

Categoría	OR	IC 95%	Participantes	Morbimortalidad	Evidencia
Mortalidad por todas las causas	0.98	0.9 – 1.03	92653	8193 muertes en 39 ensayos	Alta calidad
Mortalidad cardiovascular	0.95	0.87 – 1.03	67772	4544 muertes por Enf CV 25 ECA	Moderada calidad
Eventos cardiovasculares	0.99	0.94 – 1.04	90378	14737 eventos 38 ECA	Moderada calidad
Mortalidad por enfermedad cardíaca	0.93	0.79 - 1.09	73491	1596 muertes en 21 ECA	Moderada calidad
Mortalidad por ACV	1.06	0.96 - 1.16	89358	1822 ACV en 28 ensayos	Moderada calidad
Arritmia	0.97	0.9 – 1.05	53796	3788 tuvieron arritmia en 28 ECAs	Moderada calidad

Aumentar la ingesta de **ácido alfa-linolénico (ALA)** probablemente haga poca o ninguna diferencia en:

Mortalidad por todas las causas (RR 1.01, IC 95% 0.84 a 1.20, 19.327 participantes, 459 muertes, 5 ECA),

Mortalidad cardiovascular (RR 0.96, IC 95% 0.74 a 1.25, 18,619 participantes ; 219 muertes cardiovasculares, 4 ECA), y puede hacer poca o ninguna diferencia en los eventos de

Enfermedad cardíaca (RR 1.00, IC 95% 0.80 a 1.22, 19.061 participantes, 397 eventos de CHD, 4 ECA, pruebas de baja calidad).

Sin embargo, el aumento del ALA puede reducir ligeramente el riesgo de

Eventos cardiovasculares (de 4.8% a 4.7%, RR 0.95, IC 95% 0.83 a 1.07, 19.327 participantes, 884 eventos CVD, 5 ECA, pruebas de baja calidad), y probablemente reduzca el riesgo de Mortalidad cardiovascular (1.1% a 1.0%, RR 0.95, 95% CI 0.72 a 1.26, 18,353 participantes, 193 muertes, 3 ECA), y Arritmia (3.3% a 2.6%, RR 0.79, IC 95% 0.57 a 1.10, 4,837 participantes, 141 eventos, 1 ECA).

Los efectos con respecto al accidente cerebrovascular no fueron claros.

Esta es la evaluación sistemática más extensa de los efectos del omega-3 en salud cardiovascular hasta la fecha.

La evidencia moderada y de alta calidad sugiere que el aumento de EPA y DHA tiene poco o ningún efecto sobre la mortalidad o la salud cardiovascular (evidencia principalmente de ensayos con suplementos).

Las sugerencias anteriores de los beneficios de los suplementos de EPA y DHA parecen surgir de los ensayos con mayor riesgo de sesgo.

[1] <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003177.pub3/full>

Los prazoles en la hemorragia aguda

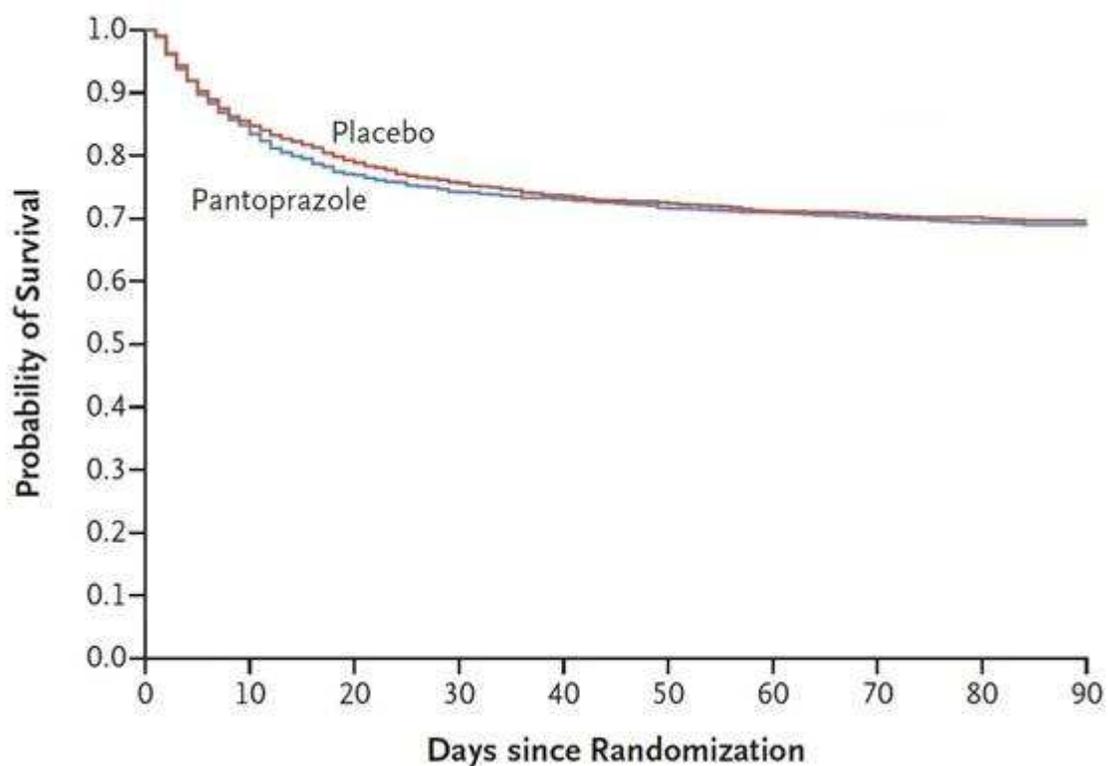
Publicado el 26/10/2018

Los inhibidores de la bomba de protones son mínimamente efectivos para reducir la hemorragia gastrointestinal en las personas en estado crítico con alto riesgo de úlceras por estrés en la guardia.

Ensayo clínico controlado: Pantoprazol iv 40 mg vs Placebo

Punto final Mortalidad a 90 días

No hay razón para indicarlos de manera rutinaria a estos pacientes en riesgo que están en guardia.



<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1714919>

Quinolonas y aneurisma de aorta.

Publicado el 14/03/2018

Se ha demostrado que estos antibióticos inducen la degradación del colágeno y otros componentes estructurales de la matriz extracelular estimulando la actividad de las metaloproteinasas de la matriz, de esta manera reducen la producción de nuevo colágeno, e inducen estrés oxidativo.

Se los asocia con ruptura del Tendón de Aquiles y tendinopatías.

La integridad de la aorta depende en gran medida de una matriz extracelular intacta, y se sabe que la fisiopatología del aneurisma aórtico implica una disección tisular excesiva a través de las metaloproteinasas de la matriz.

Dos estudios observacionales recientes han generado preocupación de que las fluorquinolonas podrían aumentar el riesgo de aneurisma o disección. Aunque las limitaciones en el diseño del estudio no han arrojado conclusiones firmes.

Ambos estudios informaron más del doble de aumento del riesgo de aneurisma aórtico o disección asociada con la exposición a quinolonas.

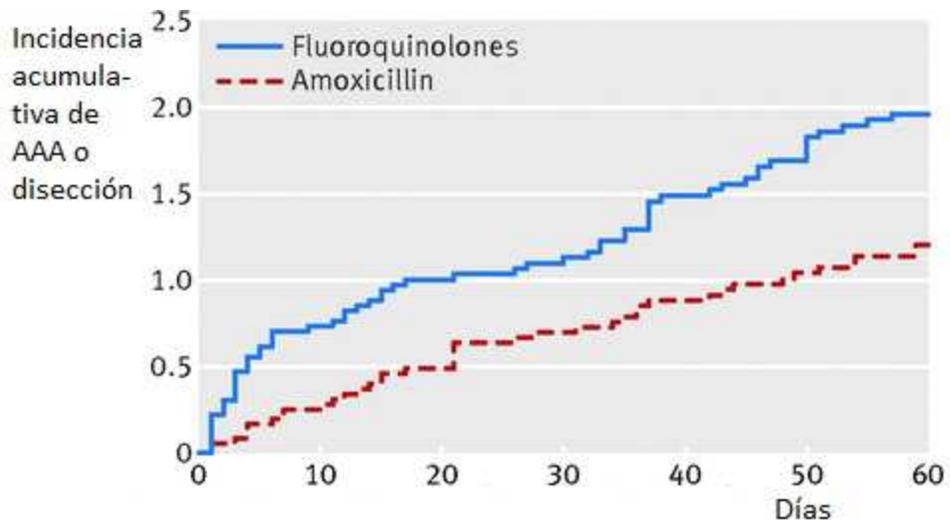
En Suecia, se realizó un estudio de cohorte basado en registros a nivel nacional para investigar el riesgo de aneurisma o disección aórtica, y se comparó los episodios de tratamiento con fluorquinolonas con lo producido por amoxicilina.

En el período de riesgo de 60 días post ATB hubo:

64 casos de aneurisma aórtico o disección entre 360.088 episodios en tratados con quinolonas (incidencia 1,2/1000 personas/año)

40 casos entre 360.088 episodios de tratamiento con amoxicilina (0,7 por 1000 persona/años).

La incidencia acumulada de aneurisma aórtico o disección a los 60 días fue de 2.0×10^{-4} para los usuarios de quinolonas y 1.2×10^{-4} para los usuarios de amoxicilina.



<http://www.bmj.com/content/360/bmj.k678>

Otros problemas clínicos



Ojo seco y aceite de pescado.

Publicado el 17/04/2018

Un interesante ensayo clínico sin grupo placebo se publicó y da un poco de luz a esta patología. Los participantes con ojo seco fueron aleatorizados para consumir una dosis diaria de 3000 mg de aceite de pescado (ácidos eicosapentaenoico y docosahexaenoico n-3 (grupo de suplemento activo)) o un placebo de aceite de oliva.

Los puntajes de síntomas a más de un año mejoraron de manera similar con aceite de pescado o aceite de oliva.

De ahí la conclusión: "Entre los pacientes con enfermedad de ojo seco, aquellos que fueron asignados aleatoriamente para recibir suplementos que contienen 3000 mg de ácidos grasos n-3 durante 12 meses no tuvieron resultados significativamente mejores que los asignados a recibir placebo".

Tené en cuenta que en realidad no hubo un verdadero grupo "placebo" para estos "pacientes". Todos ingirieron aceite de pescado o de oliva, y mejoraron un poco en la misma medida.

Los comprimidos que se venden en la actualidad de aceite de pescado son de 1000mg.

http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1709691?query=featured_home

Gota.

Publicado el 10/04/2018

Existe una creciente evidencia de que la gota es una enfermedad metabólica crónica causada por una combinación de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida.

Hay nuevos medicamentos dirigidos a la genética de las etapas aguda y crónica. Estas nuevas herramientas, junto con medicamentos existentes y probados, modelos de atención integral basados en la evidencia y consejos de estilo de vida tomados de otras enfermedades crónicas pueden ayudar a los pacientes y a los médicos a abordar las múltiples facetas de la gota de manera más efectiva.

La gota se desarrolla cuando los niveles altos de ácido úrico forman cristales en las articulaciones de los pacientes, causando inflamación y dolor severo.

Las investigaciones recientes advierten que la prevalencia puede estar aumentando, impulsada por:

- El aumento de las tasas de factores de riesgo como la obesidad,
- HTA,
- enfermedad renal
- dislipemia.
- El uso creciente de diuréticos u otros medicamentos que aumentan los niveles de ácido úrico.

Conceptos erróneos sobre la dieta

La llamada enfermedad de los reyes tiene el estigma de la glotonería. Lo único que los pacientes saben es que la gota está asociada con la obesidad, con el exceso de alimentos o bebidas alcohólicas.

La mayoría de los pacientes con gota ni siquiera saben que es una forma de artritis. De hecho, la dieta (carne roja, el alcohol, gaseosas con azúcar y mariscos) probablemente produzca una disminución del 10% al 18% en los niveles de ácido úrico, no suficiente para disolver los cristales de ácido úrico.

La dieta baja en purinas es difícil de mantener para la mayoría de las personas. Además los pacientes con una dieta baja en purinas pueden compensar la baja cantidad de proteínas con más carbohidratos o grasas, lo que contribuye al aumento de peso y al síndrome metabólico que podría agravar su condición.

Una revisión Cochrane encontró *poca evidencia de alta calidad para apoyar o refutar el uso de modificaciones en el estilo de vida en la gota.*

Los pacientes también pueden ser reticentes a tomar medicamentos si creen que la dieta por sí sola puede ayudar.

Solo un 10% de los pacientes con hiperuricemia desarrollan gota y es probable que contribuyan factores ambientales, según un estudio de gemelos. La HTA, la enf renal, la hipercolesterolemia, obesidad, ser hombre y la menopausia precoz también aumentan el riesgo de desarrollar gota. Las nuevas estrategias de tratamiento enfatizan estos múltiples riesgos.

La guía de 2012 del American College of Rheumatology basa su enfoque de tratamiento con un objetivo de reducir los niveles de uricemia a < 6 mg/dl en pacientes con 2 o más ataques/año u otras indicaciones mediante el uso de medicamentos reductores de urato a largo plazo con monitorización frecuente. Pero una guía de 2016 del American College of Physicians (ACP) sugiere un enfoque de tratar a los síntomas que enfatiza el uso de medicamentos antiinflamatorios para controlar los ataques agudos y reservar la terapia para uricosurica en pacientes con ataques frecuentes, señalando evidencia incierta del beneficio a largo plazo. Las filosofías de tratamiento divergentes probablemente tengan que ver con las preferencias del paciente y las diferentes perspectivas del médico.

Los ataques agudos siempre se llevan toda la atención que en los períodos intercrisis ni se contemplan.

El allopurinol es terapia de primera línea para reducir el ácido úrico en ambas guías. El alopurinol puede causar reacciones alérgicas en algunas personas, por lo que el ACR recomienda incrementar la dosis lentamente.

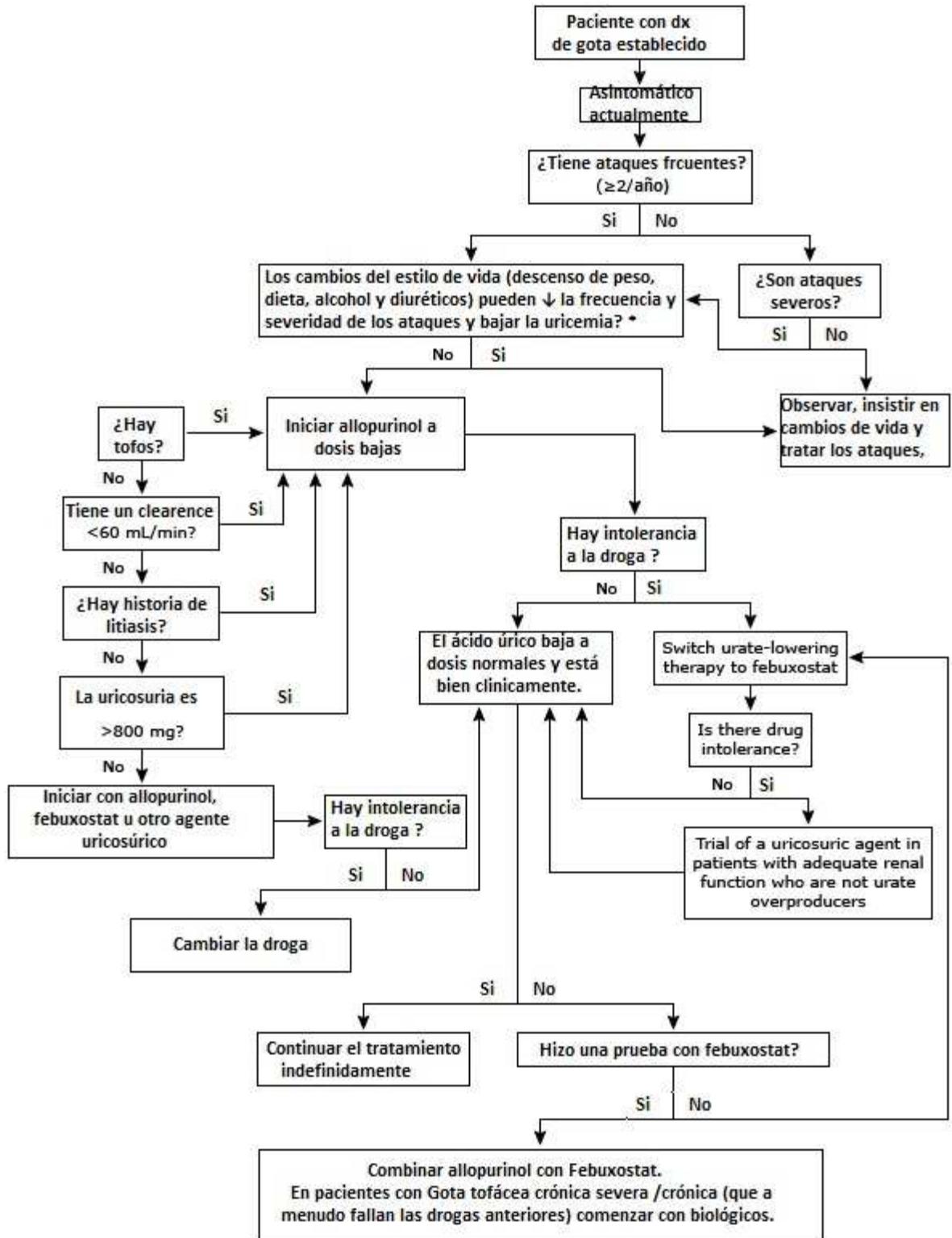
Están en desarrollo medicamentos dirigidos a las vías inflamatorias desencadenadas por gota, nuevos medicamentos antiinflamatorios pueden ser útiles para tratar la fase aguda de la enfermedad, que desencadena una cascada inflamatoria y provoca la liberación de interleuquina 1b.

La evidencia emergente sugiere que un modelo de atención de enfermedades crónicas, que aborda simultáneamente:

- Tratar los niveles de uricemia,
- Cambiar estilos de vida
- Intervenir con una dieta tipo DASH (Frutas y verduras)

Puede ayudar a tratar mejor a los pacientes con gota.

Te dejamos a continuación el algoritmo de manejo que propone el Uptodate



Recordar

La educación del paciente es un componente clave en esta enfermedad.

El tratamiento de descenso del ácido úrico puede activar temporalmente ataques agudos antes de que los niveles de ácido úrico finalmente bajen.

Debés avisarle eso a los pacientes ya que sino suspenderán la medicación pensando que no es efectiva.

https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2675186?utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert&utm_term=alsomay&utm_content=olf-sidebar

Impétigo.

Publicado el 24/03/2018

Es una infección cutánea superficial (compromete solo epidermis) cuyo agente etiológico más frecuente es el *S. Aureus* y más raramente el streptococo beta hemolítico del grupo A.

Es muy frecuente en la infancia, sobretodo en niños entre los dos y los cinco años de edad. Los factores predisponentes son el calor, la humedad, el hacinamiento, las condiciones pobres de higiene y los deportes de contacto.

Se puede clasificar en impétigo primario, que es el que se desarrolla sobre piel previamente sana o secundario, cuando se genera sobre piel previamente lesionada. Esto último también se conoce con el nombre de impetiginización. No deja cicatrices.

Diagnóstico

Se realiza en base a los hallazgos clínicos.

El impétigo no bulloso se manifiesta con pápulas, vesículas y pústulas rodeadas de piel eritematosa.

Estas pápulas se destechan y generan una costra amarillenta, característica de este cuadro. En general este proceso lleva una semana. Las lesiones se presentan con mayor frecuencia en las áreas más expuestas, como el rostro y los miembros superiores e inferiores. En casos más extensos pueden encontrarse adenopatías regionales.

En el **impétigo bulloso** las vesículas se fusionan para formar una bulla con un líquido amarillento, que con el paso de los días se vuelve purulento y al destecharse forma una costra amarronada. En este caso, las lesiones se presentan generalmente en tronco y también pueden encontrarse adenopatías regionales.

El diagnóstico es clínico.

Solo se recomienda realizar cultivo de las secreciones en caso de falta de respuesta al tratamiento, infecciones a repetición o en pacientes inmunosuprimidos.

No se recomienda realizar pruebas serológicas.

Psoriasis en gota.

Publicado el 02/02/2018

JM es un estudiante de 18 años que te consulta porque le apareció una erupción eritematosa extensa (Ver foto).

No tiene antecedentes médicos importantes. Tuvo una faringitis estreptocócica dos o tres semanas antes, por lo que tomó 7 días de antibióticos.

Aparentemente, la erupción ha aparecido prácticamente esta noche. Al examen, tiene múltiples pápulas y placas eritematosas en la espalda, el tórax y los brazos con escamas superficiales. Los signos vitales son normales.

La PSORIASIS EN GOTA (guttata) ocurre 2 o 3 semanas después de una infección estreptocócica.

Las placas psoriásicas múltiples pueden aparecer en un corto período de tiempo, las palmas y las plantas raramente se ven afectadas, y las placas pican levemente y, por lo general, se autolimitan, y se resuelven a lo largo de unos pocos días/semanas.

PUVA puede acelerar la resolución de la placa en pacientes con enfermedad extensa.

La enfermedad se ve más comúnmente en pacientes con ciertos tipos de HLA: HLA-BW17, HLA-B13 y HLA-CW6.

Es poco probable que se trate de una erupción farmacológica dos semanas después de completar el ciclo de antibióticos, y la pitiriasis rosada normalmente comienza con un parche capitán en el pecho.

La pitiriasis liquenoide es un posible diagnóstico diferencial, aunque la enfermedad aguda normalmente se produce como una erupción papular en lugar de las placas psoriásicas que se ven aquí. Similar a la pitiriasis rosada, el liquen plano generalmente afecta un área limitada de la piel al inicio.



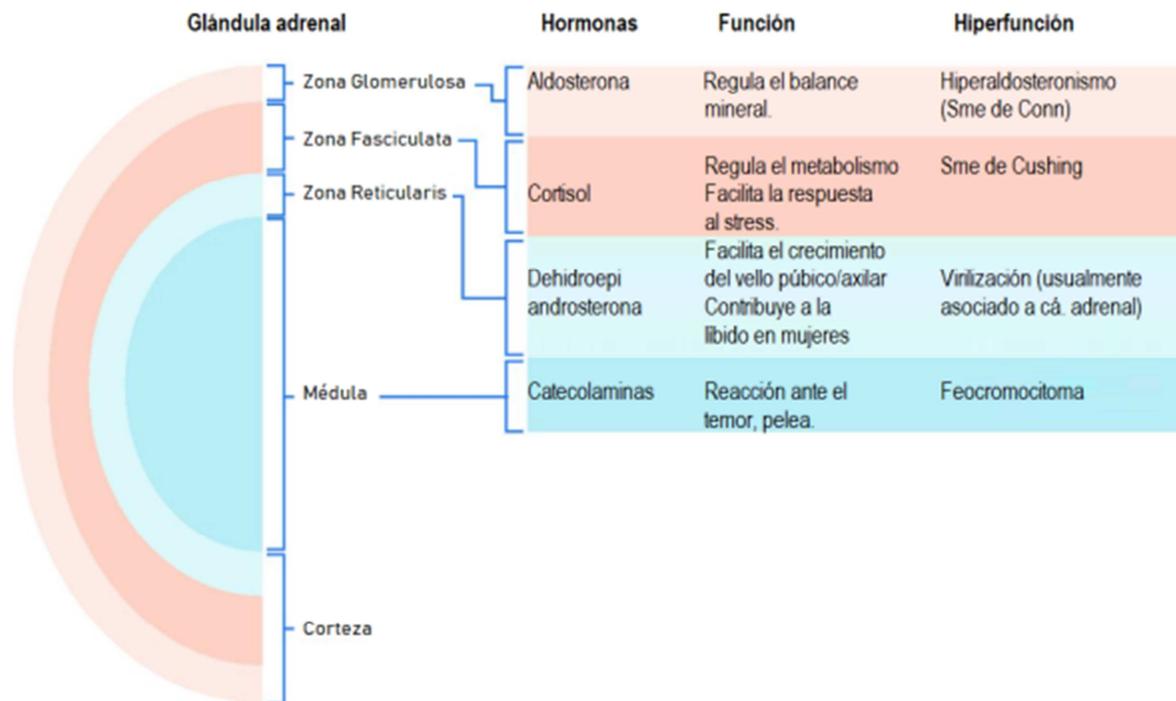
Incidentaloma suprarrenal.

Publicado el 23/01/2018

Un incidentaloma suprarrenal es aquella lesión suprarrenal que se encuentra incidentalmente en pacientes asintomáticos sometidos a imágenes que no se realizaron por sospecha de enfermedad suprarrenal.

Los incidentalomas suprarrenales son cada vez más comunes debido al aumento de los pedidos de estudios, y se dan fundamentalmente en personas de mayor edad.

La mayoría de los incidentalomas son benignos y no funcionantes (casi el 85%) y requieren solo una evaluación mínima (pero con frecuencia se investigan en exceso).



<http://www.bmj.com/content/360/bmj.i5674>

Nódulo tiroideo benigno.

Publicado el 20/03/2018

Las características ecográficas asociadas con malignidad incluyen
Composición sólida,

Hipoecogenicidad (el nódulo es más oscuro que el tejido tiroideo normal),

Márgenes que parecen infiltrativos o irregulares y presencia de microcalcificaciones.
Además, un nódulo rodeado de calcificaciones interrumpidas en el borde con evidencia de extrusión de tejidos blandos es probable que sea cáncer infiltrante.

Por el contrario, quistes puros y nódulos con una consistencia "espongiforme", definida cuando más de la mitad del volumen del nódulo está compuesto por espacios microquísticos, es poco probable que sean malignos (<2%).

El riesgo de cáncer es bajo (<5% -10%) en los nódulos marginales sólidos no calcificados que son isoecoicos o hiperecogénicos (imágenes en escala de grises iguales o más claras en comparación con la tiroides normal).

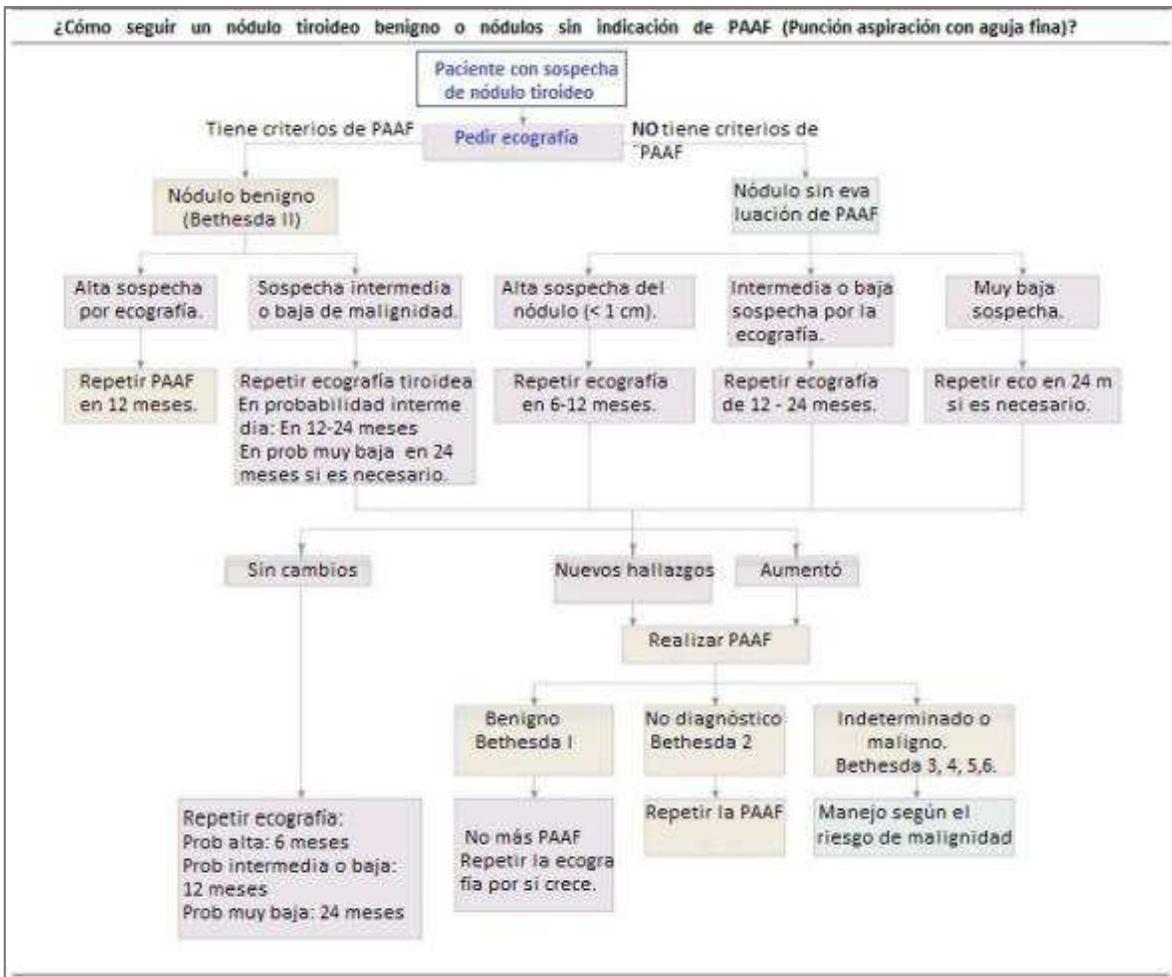
La sospecha ecográfica en esta figura se clasifica según las Guías de la American Thyroid Association.

La PAAF indica una biopsia por aspiración con aguja fina.

Los **nódulos tiroideos < 1 cm** que presentan características ecográficas de alta sospecha y que no requieren una biopsia de rutina incluyen aquellos nódulos sin evidencia de extensión extratiroidea o ganglios linfáticos sospechosos por ecografía.

Los **factores de riesgo de malignidad** incluyen:

- Irradiación infantil (principalmente radiación de cabeza y cuello y todo el cuerpo),
- Exposición a radiación ionizante por precipitación en la infancia o adolescencia,
- Antecedentes familiares de cáncer de tiroides o síndromes hereditarios que incluyen cáncer de tiroides (p. Ej., Endocrina múltiple síndrome de neoplasia tipo 2, poliposis adenomatosa familiar), Crecimiento rápido de nódulos o ronquera.



<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2673975...>

Las hernias inguinales ya (casi) no se operan.

Publicado el 21/08/2018

Las hernias inguinales son muy comunes y antes se pensaba que todas necesitaban reparación quirúrgica.

Son la afección quirúrgica más común encontrada por los médicos de atención primaria.

El riesgo de por vida de la hernia inguinal oscila entre el 27% para los hombres y el 3% para las mujeres, y sigue una distribución bimodal en los extremos de la vida.

El término *hernia inguinal* abarca 3 tipos según la ubicación:

**Inguinal indirecta,
Inguinal directa y
Femoral.**

Es difícil determinar qué tipo de hernia inguinal está presente antes de la cirugía, pero tampoco es necesario saberlo porque la reparación quirúrgica es similar en cada caso.

Determinar qué pacientes requieren reparación quirúrgica no es fácil.

Históricamente, se recomendaba la reparación quirúrgica de todas las hernias en base a experiencias anecdóticas y la suposición de que las hernias se agrandan con el tiempo y tienen altas tasas de recurrencia después de una reparación tardía.

Además, la preocupación por el encarcelamiento agudo que involucra contenidos intestinales que conducen a obstrucción intestinal, isquemia y necesidad de una operación de emergencia propagaron este sentimiento.

Con el tiempo, surgió el concepto de "espera vigilante" para pacientes seleccionados que desean renunciar a la intervención quirúrgica electiva después de una discusión informada sobre los riesgos y beneficios relevantes de no realizar la reparación quirúrgica de las hernias inguinales.

¿Cuándo es necesario pedir imágenes?

Para los pacientes con una historia clínica y un examen físico apropiados, generalmente no se necesitan imágenes. Sin embargo, en pacientes con **síntomas atípicos** o **los que se sospecha tienen una hernia por la historia pero que carecen de datos evidentes en el examen físico**, las imágenes son útiles.

Aunque es económica y segura, **la ecografía no es muy confiable para la detección de hernias porque depende del usuario.**

La **RMN sin contraste** o la **TAC con Valsalva** son las modalidades de imagen preferidas para el diagnóstico de la hernia inguinal oculta. Ambas tienen el beneficio adicional de identificar otras etiologías para los síntomas de la ingle, como el dolor de cadera / músculo esquelético, la compresión de la raíz nerviosa, los cálculos renales o la infección.

Espera vigilante: ¿Quién es un candidato?

La reparación quirúrgica es necesaria para las hernias encarceladas de manera aguda o aquellas que causan dolor significativo o limitaciones en el estilo de vida.

Se pueden considerar la espera vigilante para los pacientes que son asintomáticos o levemente sintomáticos, que se definen como la ausencia de dolor o molestias relacionados con la hernia que limitan las actividades habituales o la dificultad reciente para reducir la hernia.

Características ideales del candidato y puntos para asesorar a los pacientes que desean una espera vigilante

Candidato

Sexo masculino

Incomodidad ausente o mínima.

Hernia es completamente reducible.

Preferencia del paciente de no operarse.

Consejería

Baja probabilidad de presentación como emergencia quirúrgica (1.8/1000 personas-años).

Hasta el 70% de los pacientes pueden finalmente ser reparados, generalmente a causa del dolor.

Resultados quirúrgicos similares para pacientes que no se operaron de entrada en comparación con aquellos que se sometieron a reparación primaria.

Aconsejar modificar los factores de riesgo: dejar de fumar, perder peso.

No está asociado con un aumento de los costos de la atención.

No hay evidencia de que la actividad física resulte en el encarcelamiento de una hernia o en el empeoramiento clínico de una hernia existente.

Evidencia

Aunque limitados por la posibilidad de generalización, el tamaño de la muestra y la duración del seguimiento, los datos más sólidos que respaldan la espera vigilante de hernias inguinales provienen de 3 ensayos clínicos aleatorizados.

El primer estudio de 160 pacientes del Reino Unido **no encontró diferencias en las puntuaciones de dolor a 1 año para los pacientes que se sometieron a cirugía frente a los que siguieron una estrategia de espera vigilante.**

Un estudio más grande de 720 pacientes en los Estados Unidos **no encontró diferencias en el dolor o la calidad de vida a los 2 años.**

Otro estudio de 496 pacientes en los Países Bajos tampoco encontró diferencias clínicamente significativas en el dolor o la incomodidad a los 2 años.

Aunque aún no se dispone de análisis adicionales de seguimiento del estudio de los Países Bajos, los análisis posteriores de cada uno de los grupos de estudio del Reino Unido y EE. UU. expusieron una tasa de crossover alta desde la espera vigilante hasta la reparación quirúrgica.

Fitzgibbons y col encontraron que el 72% del grupo de espera vigilante de los EE. UU. (46% de seguimiento) se sometieron a reparación quirúrgica 7,5 años después de la aleatorización. Probablemente hubo sesgo en los resultados a favor de los pacientes que finalmente se sometieron a cirugía debido a que aquellos que nunca necesitaron cirugía de hernia probablemente no siguieron el seguimiento.

La razón más común para operarse en cada estudio fue el dolor.

La reparación de hernia de emergencia no fue necesaria para la mayoría del grupo de espera vigilante (1.8 operaciones de hernia de emergencia/1000 pacientes-años).

Estos hallazgos respaldan la observación atenta de pacientes seleccionados que prefieren evitar la intervención quirúrgica.

Cada uno de estos estudios tenía limitaciones importantes.

Los estudios de los Estados Unidos y el Reino Unido tuvieron dificultades para reclutar pacientes, con solo el 45% y el 69% de los pacientes elegibles que aceptaron la asignación al azar, respectivamente.

Se incluyeron pacientes masculinos predominantemente blancos, por lo que se pudo concluir poco sobre el efecto del sexo y la raza / etnia sobre los resultados de la hernia.

Los participantes del estudio también fueron en general, sanos. Además, no incluyeron pacientes con hernias crónicamente incarceradas que de otra manera estaban asintomáticas.

Además, aunque el seguimiento a largo plazo estaba disponible en los estudios de EE. UU. Y el Reino Unido, un número considerable de pacientes no estaba disponible para el seguimiento a largo plazo.

Técnicas para la reparación operativa

Las técnicas quirúrgicas para la reparación de hernias inguinales se clasifican ampliamente como reparaciones abiertas (basadas en tejido o malla) o mínimamente invasivas (laparoscópicas y robóticas).

Inicialmente, se recomendaron técnicas mínimamente invasivas solo para pacientes con hernias inguinales bilaterales y hernia recurrente debido a que los ensayos aleatorizados demostraron mayores tasas de complicaciones con técnicas mínimamente invasivas vs abiertas para la hernia unilateral.

Complicaciones después de la reparación de la hernia inguinal

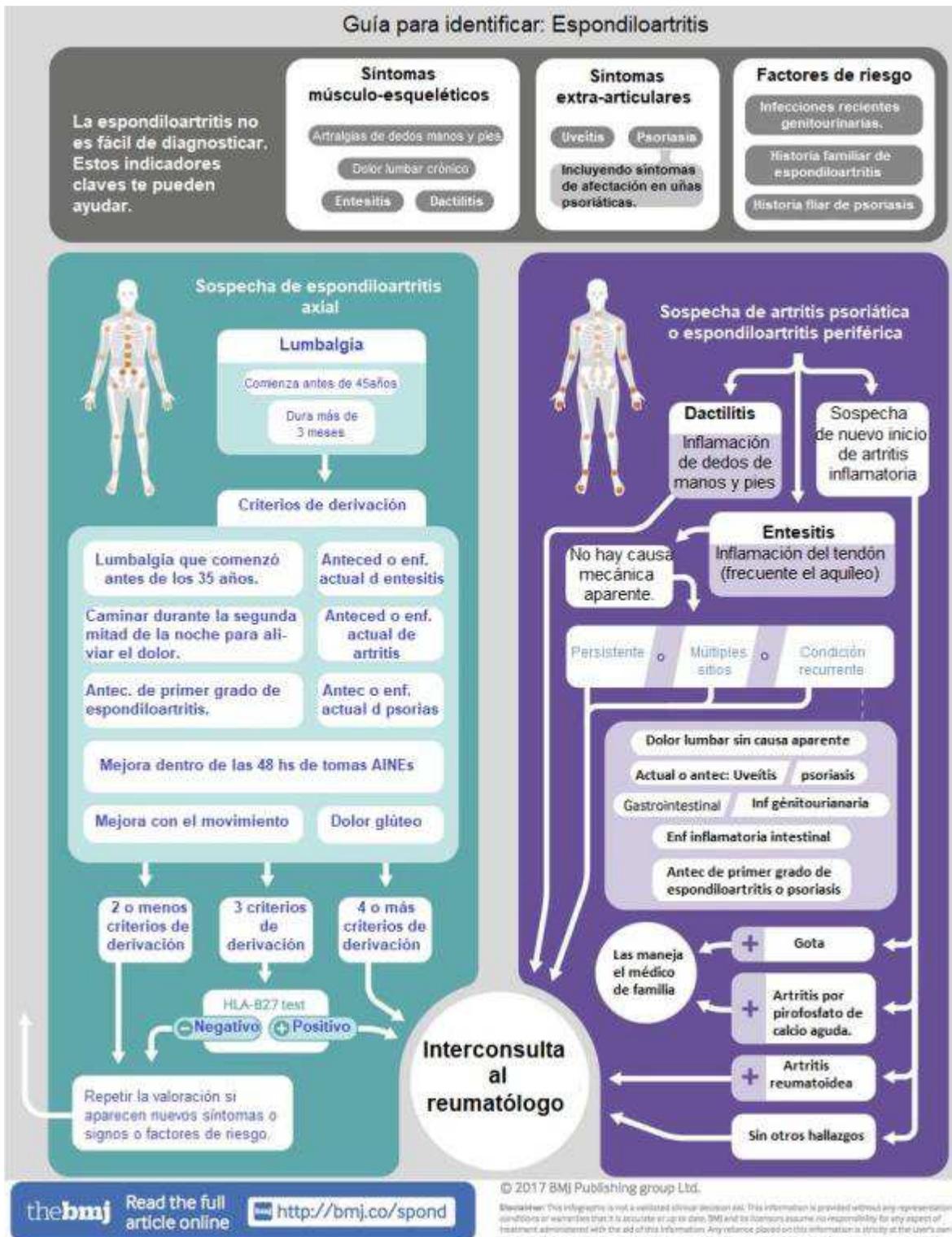
La complicación más difícil de manejar es el dolor inguinal crónico postherniorrafía, definido como dolor persistente de la ingle que dura más de 3 a 6 meses después de la reparación de la hernia.

Ocurre en hasta 10% a 12% de los pacientes, esta complicación puede ser especialmente angustiante y debilitante para los pacientes.

La causa es desconocida, pero puede estar relacionada con una lesión / atrapamiento del nervio, formación de tejido cicatricial o reacción al material protésico.

Es importante excluir la recurrencia de la hernia antes de hacer cualquiera de estos diagnósticos; esto se puede realizar basándose en examen físico, ecografía, RMN o TAC.

https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2697841?utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jama&utm_content=olf&utm_term=082018



Artritis reumatoidea.

Publicado el 25/04/2018

La artritis reumatoide es la artropatía inflamatoria sistémica más comúnmente diagnosticada, con una prevalencia de por vida de hasta 1% en todo el mundo.

Las mujeres, los fumadores y aquellos con un historial familiar de la enfermedad son los más afectados.

Se debe considerar la artritis reumatoide si hay al menos compromete una articulación con inflamación definida que no se explica mejor por otra enfermedad. En un paciente con artritis inflamatoria, la presencia de un factor reumatoide y/o un anticuerpo de proteína anticitrulina, nivel elevado de proteína C reactiva o ESD elevada es consistente con un diagnóstico de artritis reumatoide.

Puede afectar otros órganos además de las articulaciones, incluidos pulmones, piel y ojos.

El diagnóstico rápido de la artritis reumatoide permite un tratamiento más temprano con medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, lo que se asocia con mejores resultados.

El objetivo es iniciar un tratamiento médico temprano para lograr la remisión de la enfermedad o disminuir su actividad.

El **metotrexato** típicamente es el agente de primera línea para la artritis reumatoide. Se deben agregar medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad adicionales o agentes biológicos si la actividad de la enfermedad persiste.

Las condiciones comórbidas, incluidas las infecciones por hepatitis B o C o tuberculosis, deben considerarse al elegir tratamientos médicos.

Aunque la artritis reumatoide es a menudo una enfermedad crónica, algunos pacientes pueden disminuir y suspender los medicamentos y permanecer en remisión a largo plazo.

Am Fam Physician. 2018 Apr 1;97(7):455-462.

Diverticulitis con o sin ATB.

Publicado el 23/09/2018

Los antibióticos han sido el principal tratamiento de la diverticulitis a pesar que existe poca evidencia que sustenta esta conducta.

La hipótesis actual (cada vez más respaldada por la evidencia científica) es que la diverticulitis aguda es un proceso inflamatorio más que infeccioso.

Junto con este paradigma cambiante, la evidencia reciente ha desafiado el uso temprano de antibióticos en casos no complicados.

Limitar el uso de antibióticos en casos leves de diverticulitis aguda reduciría la resistencia a los antibióticos y la exposición del paciente a eventos adversos como la infección por *C. difficile*.

Dos ensayos clínicos aleatorizados exploraron recientemente la morbilidad y mortalidad asociadas con el tratamiento de la diverticulitis no complicada.

En 2012, el estudio **AVOD**, incluyó a más de 600 pacientes, descubrió que el tratamiento con antibióticos de la diverticulitis aguda no complicada NO evitaba complicaciones, NO reducía la duración de los síntomas ni evitaba la recurrencia en pacientes hospitalizados.

El ensayo **DIABOLO** también mostró que la observación sola, en comparación con la terapia con antibióticos, no condujo a un mayor riesgo de complicaciones, recurrencia o mortalidad en pacientes hospitalizados con diverticulitis no complicada confirmada por TAC.

Estos ensayos grandes y multicéntricos han confirmado hallazgos de varios estudios de cohorte retrospectivos y prospectivos que también han cuestionado la función del tratamiento antibiótico inicial.

Puede ser difícil generalizar estos hallazgos al entorno ambulatorio porque los participantes en estos estudios ingresaron en el hospital y recibieron líquidos por vía intravenosa.

Un estudio observacional encontró que las tasas de complicaciones no aumentaron ya que los médicos evitaron los antibióticos iniciales para pacientes ambulatorios con diverticulitis no complicada.

Los ensayos clínicos aleatorizados activos actualmente evalúan la eficacia del tratamiento sin antibióticos iniciales en poblaciones ambulatorias.

Al considerar el tratamiento sin antibióticos, algunos médicos pueden estar preocupados de que la evaluación por TAC pueda tener una sensibilidad inadecuada para la diverticulitis complicada.

Sin embargo, los pacientes con evidencia de diverticulitis complicada en la TAC inicial que fueron diagnosticados erróneamente con enfermedad no complicada no tenían más probabilidades de desarrollar complicaciones en ausencia de antibióticos.

En quienes sí tratar con ATB:

Los antibióticos pueden reducir las tasas de complicaciones y la enfermedad diverticular grave en poblaciones de mayor riesgo:

Pacientes que toman corticoides o medicamentos inmunosupresores, con sepsis y con dolor persistente y severo pueden justificar el tratamiento con antibióticos porque tienen un mayor riesgo de intervención de procedimiento, hospitalización prolongada o readmisión.

Aunque el tratamiento óptimo de la diverticulitis aguda no complicada sigue siendo una pregunta abierta, la Asociación Americana de Gastroenterología recientemente actualizó sus recomendaciones en respuesta a la creciente evidencia de que **los antibióticos no cambian los resultados en la diverticulitis aguda no complicada.**

La AAG recomienda abstenerse de la terapia con antibióticos en pacientes con diverticulitis aguda no complicada, a menos que los pacientes presenten signos de sepsis, estén inmunocomprometidos o presenten evidencia de aire libre en cavidad o absceso en las imágenes transversales.

https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2687992?utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=olf&utm_term=073018

Dispepsia síntomas de bandera roja.

Publicado el 01/03/2018

- Anemia por deficiencia de hierro
- Pérdida de peso involuntaria
- Disfagia
- Vómitos persistentes
- Masa epigástrica
- Sangrado gastrointestinal crónico
- Más de 55 años con dispepsia inexplicable y persistente

Además recordá:

- Un solo episodio agudo de dispepsia asociado con disnea puede ser sugestivo de isquemia cardíaca, particularmente en presencia de factores de riesgo.
- La disfagia progresiva con síntomas tempranos y los síntomas de dispepsia pueden ser indicativos de acalasia. La diabetes puede causar retraso en el vaciamiento gástrico.
- Preguntar si toma AINEs, bisfosfonatos, nitratos, teofilina, corticoides y antagonistas de los canales de calcio.

Si hay banderas rojas: VEDA urgente (no más de 2 semanas).

La guía del NICE dice que pidas la VEDA con urgencia en pacientes de más de 55 años que perdieron peso y además tiene dolor abdominal superior, reflujo y dispepsia. [1]

¿Cuándo pedir VEDA de rutina?

Se recomienda en pacientes de 55 años o más con:

- * Dispepsia resistente al tratamiento.
- * Dolor abdominal en epigastrio con niveles bajos de hemoglobina o
- * Hiperplaquetosis con alguno de los siguientes: náuseas elevadas, vómitos, pérdida de peso, dispepsia, dolor abdominal superior.

[1] NICE. Suspected cancer: recognition and referral. NICE clinical guideline NG12. 2015

Esofagitis eosinofílica (actualización)

Publicado el 06/07/2018

1. La esofagitis eosinofílica es cada vez más común.

La esofagitis eosinofílica se define por disfunción esofágica e infiltración eosinofílica de la mucosa esofágica refractaria al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.

La incidencia ha aumentado de 0,35 a 9,45 casos por 100 000 años-persona en los últimos 30 años, y se ha informado que la prevalencia es tan alta como 55/100 000 habitantes.

2. ¿Cuándo sospecharla?

La esofagitis eosinofílica debe sospecharse en pacientes con **disfagia u obstrucción del bolo alimenticio**.

3. La esofagitis eosinofílica es más común en **hombres jóvenes** (entre 20 y 40 años) y generalmente se presenta con disfagia o impactación alimentaria, generalmente al comer carne. **También se puede asociar con atopia.**

Los pacientes que se ajusten a este perfil deben ser referidos para endoscopia y biopsias de la mucosa.

4. **Los hallazgos endoscópicos solos NO son suficientes para hacer un diagnóstico** de esofagitis eosinofílica.

Aunque la apariencia endoscópica del trastorno se puede caracterizar por edema, anillos concéntricos y surcos, es posible una variedad de hallazgos, incluso la endoscopia puede ser normal.

Por lo tanto, se debe realizar una biopsia endoscópica de la mucosa cuando se la sospeche para determinar si hay eosinofilia esofágica.

5. Se deben prescribir inhibidores de la bomba de protones para un hallazgo histológico de eosinofilia esofágica.

El diagnóstico diferencial para la eosinofilia esofágica es amplio e incluye la enfermedad por reflujo gastroesofágico y una entidad relacionada que es la eosinofilia esofágica sensible a los inhibidores de la bomba de protones.

Para excluir esta última entidad, es necesario darle a los pacientes 8 semanas con inhibidores de la bomba de protones y luego repetir la biopsia endoscópica de la mucosa; la persistencia de la eosinofilia (definida como más de 15 eosinófilos/campo de gran aumento) es sugestiva de esofagitis eosinofílica.

6. Los esteroides tópicos y suspender ciertos alimentos son los pilares del tratamiento. Los ensayos aleatorizados controlados con placebo de budesonida y fluticasona administrados por vía oral han demostrado eficacia para mejorar los síntomas y los hallazgos histológicos en la esofagitis eosinofílica.

Una dieta donde se eliminen seis alimentos (trigo, leche, huevos, soja, nueces y mariscos) se basa en la suposición de que las alergias alimentarias pueden contribuir a la fisiopatología de la esofagitis eosinofílica y también ha demostrado su eficacia en estudios prospectivos.

[doi: 10.1503/cmaj.171339](https://doi.org/10.1503/cmaj.171339)

Paciente con hígado Graso

Publicado el 14/07/2018

El BMJ acaba de publicar una revisión de esta patología (1).

Aquí algunos conceptos.

El hígado graso no alcohólico es una enfermedad hepática metabólica que abarca un espectro de condiciones patológicas progresivas, que van desde el hígado graso no alcohólico hasta la esteatohepatitis, fibrosis y cirrosis.

Es la enfermedad hepática más común en los países de altos ingresos, y se estima que afecta al menos a 25% -30% de los adultos en la población general y hasta 70% - 90% de las personas con obesidad o DBT 2.

A menudo lo sospechás cuando en los análisis tiene aumento leve a moderada de GOT y GPT. Sin embargo, los niveles de estas enzimas no son sensibles o específicas para establecer o descartar el diagnóstico.

La ecografía hepática es una prueba de primera línea para diagnosticar esteatosis hepática y excluir otras patologías hepáticas en personas con enfermedad hepática no alcohólica.

En pacientes con esteatosis hepática confirmada, debés utilizar marcadores simples no invasivos de fibrosis como un FibroScan para investigar fibrosis hepática. Todas las pruebas no invasivas para la fibrosis hepática son mejores para excluir la fibrosis avanzada que para diagnosticarla. Solo tienen un modesto valor predictivo positivo para la fibrosis avanzada, pero un valor predictivo negativo mucho más fuerte. Además, ninguno es bueno para detectar etapas intermedias de fibrosis. Como tal, ninguna prueba puede reemplazar completamente la biopsia hepática.

Ofrecer a los pacientes la opinión de un especialista, ya que la fibrosis hepática es el mejor predictor de mortalidad general y relacionada con el hígado en personas con hígado graso no alcohólico.

La presencia de esteatosis por ecografía NO predice el riesgo de enfermedad hepática en etapa terminal.

La fibrosis avanzada (que no se detecta con precisión mediante eco) es la que predice con mayor precisión el riesgo de desarrollar enfermedad hepática en etapa terminal y carcinoma hepatocelular.

Aún no existe un procedimiento validado y ampliamente aceptado para el diagnóstico y el monitoreo de hígado graso no alcohólico.

Banderas rojas y cuándo buscar asesoramiento especializado.

- Sospecha de malignidad.
- Ascitis.
- Ictericia.
- Encefalopatía.
- Sepsis.
- Hematemesis.
- Alteraciones de la coagulación.
- Disminución de plaquetas.
- Transaminasas x 5.
- Hipoalbuminemia.
- Deterioro general.

(1) <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2734>

Parálisis facial periférica.

Publicado el 08/03/2018

Los estudios favorecen los corticoides

- 1• Prednisona 60 mg/día durante 5 días, luego disminuir 10mg/día.

Duración total del tratamiento: 10 días.

En los trabajos con seguimiento a un año, el tiempo para completar la recuperación de la función facial fue significativamente más corto en los pacientes tratados con prednisona en comparación con los no tratados con prednisona (hazard ratio [HR] 1,4, IC 95% 1.18-1.64).

- 2• Valaciclovir (1000 mg tres veces/día durante siete días)

El tiempo hasta la recuperación no fue diferente para los pacientes tratados o no con valaciclovir (HR 1.01, IC 95% 0.85-1.19).

- 3• Prednisona (10 días) más valaciclovir (siete días).

El tiempo de recuperación con valaciclovir + prednisona no fue mejor que con la prednisona sola.

En un análisis por separado, el tratamiento con prednisona redujo significativamente la proporción de pacientes al año con secuelas leves y moderadas (es decir, asimetría facial, debilidad facial y sincinesia).

- Un ensayo anterior evaluó 551 adultos (16 años o más) que fueron reclutados dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas y asignados a 10 días de tratamiento con Prednisona oral (25 mg dos veces/día)

Aciclovir (400 mg cinco veces/día), y

Prednisona y aciclovir, o placebo.

Los datos de los resultados estuvieron disponibles para 496 pacientes. Se observaron las siguientes observaciones:

- La recuperación completa de la función facial a los 3 meses, fue significativamente más probable para los pacientes asignados a tratamiento con prednisona que para los que no tomaban prednisona (83% versus 64%, Odds Ratio ajustado [OR] 2,44, IC95% 1.55-3.84) y a los 9 meses (94% versus 82%, OR ajustado 3.32, IC 95% 1.72-6.44).

El número necesario para tratar (NNT) para lograr una recuperación completa adicional fue entre 6 y 8 en los dos períodos de tiempo.

- No hubo diferencias significativas en la tasa de recuperación facial completa para los pacientes asignados a aciclovir (400 mg 5 veces al día) en comparación con los no asignados a aciclovir a los 3 meses (71% versus 76%, OR ajustado 0.86, IC 95% 0.55 -1.32) o 9 meses (85% versus 91%, OR ajustado 0.61, IC 95% 0.33-1.11).

Del mismo modo, no hubo un beneficio adicional del tratamiento combinado con aciclovir y prednisona en comparación con la prednisona sola.

Y entonces... ¿los antivirales?

Los resultados de otros ensayos de menor calidad han sugerido un beneficio o una tendencia hacia el beneficio del tratamiento antiviral combinado con corticoides.

El ensayo de mayor tamaño asignó aleatoriamente a 221 pacientes dentro de los 7 días de la aparición de la parálisis de Bell con valaciclovir (500 mg dos veces/día x cinco días) más prednisona oral.

Aquí la tasa de recuperación completa fue significativamente mayor en el grupo combinado de valaciclovir + prednisona que en el grupo placebo más prednisona (97% vs 90%).

En un análisis de subgrupos encontró que el beneficio de la terapia combinada se correlaciona con el aumento de la severidad de la parálisis facial inicial.

La fuerza de estos resultados está limitada por cuestiones metodológicas, incluida la falta de ciego entre los evaluadores de resultados y una tasa de abandono relativamente alta (25%).

Dolor neuropático: Prevalencia, tratamientos

Publicado el 21/10/2018



Definición

El dolor neuropático es aquél "dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial".

El dolor neuropático central se define como "dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial central", y el dolor neuropático periférico se define como "dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial periférico".

El dolor neuropático es muy difícil de manejar debido a la heterogeneidad de sus etiologías, síntomas y mecanismos subyacentes (Beniczky et al., 2005). A menudo hay incertidumbre con respecto a la naturaleza y la ubicación exacta de una lesión o condición de salud asociada con el dolor neuropático, particularmente en entornos no especializados.

Ejemplos de afecciones comunes que tienen dolor neuropático periférico como síntoma son neuropatía diabética dolorosa, neuralgia postherpética, neuralgia del trigémino, dolor radicular, dolor neuropático crónico posquirúrgico y dolor por cáncer neuropático (como neuropatía inducida por quimioterapia, neuropatía secundaria a antígenos tumorales, o causado por invasión directa o compresión de estructuras neuronales).

Los ejemplos de afecciones que pueden causar **dolor neuropático central** incluyen ACV, lesión de la médula espinal y esclerosis múltiple.

El dolor neuropático puede ser intermitente o constante y espontáneo o provocado.

Las descripciones típicas del dolor incluyen términos tales como ráfagas, puñaladas, descarga eléctrica, ardor, hormigueo, sensación que aprieta, entumecido, picazón, pinchazos y una sensación de alfileres y agujas.

Las personas también pueden describir síntomas de alodinia (dolor causado por un estímulo que normalmente no provoca dolor), hiperalgesia (una respuesta incrementada a un estímulo que normalmente es doloroso), anestesia dolorosa (dolor que se siente en un área o región anestésica [entumecida]) y ganancia o pérdida sensorial.

Se estima que la neuropatía diabética dolorosa afecta entre el 16% y el 26% de las personas con diabetes (Jensen et al., 2006; Ziegler 2008).

Las estimaciones de prevalencia para la neuralgia postherpética varían entre 8% y 19% de personas con herpes zóster cuando se define como dolor al mes después del inicio de la erupción y 8% cuando se define como dolor a los 3 meses del inicio de la erupción (Schmader 2002).

También se puede desarrollar dolor crónico después de una cirugía. Este dolor puede ser severo entre el 2% y el 10% y muchas de las características clínicas se parecen mucho a las del dolor neuropático (Jung et al., 2004, Mikkelsen et al., 2004, Kehlet et al., 2006).

Tratamiento

En todo dolor neuropático (excepto la neuralgia del trigémino):

Ofrecer una opción de amitriptilina, duloxetina, gabapentina o pregabalina como tratamiento inicial para el dolor neuropático (excepto la neuralgia del trigémino).

Si el tratamiento inicial no es efectivo o no se tolera, ofrecer uno de los 3 medicamentos restantes y considerará cambiar de nuevo si el segundo y el tercer medicamento probado tampoco son efectivos o no son tolerados.

Considerar tramadol sólo si se necesita terapia de rescate aguda NO a largo plazo.

Considerar crema de capsaicina para las personas con dolor neuropático localizado que desean evitar, o que no pueden tolerar, los tratamientos orales.

Tratamientos que NO deberían usarse

NO comiences lo siguiente para tratar el dolor neuropático en entornos no especializados, a menos que así lo indique un especialista:

Extracto de cannabis sativa.

Parches de capsaicina

Lacosamida

Lamotrigina

Levetiracetam

Morfina

Oxcarbazepina

Topiramato

Tramadol
Venlafaxina
Valproato de sodio

Neuralgia trigeminal

Ofrecer carbamazepina como tratamiento inicial para la neuralgia del trigémino.
Si el tratamiento inicial con carbamazepina no es efectivo, no se tolera o está contraindicado, considerará interconsultar con un especialista y considerará la referencia temprana a un servicio especializado para el dolor o un servicio específico de la afección.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg173/chapter/Introduction>

Paciente con delirio

Tips prácticos de diagnóstico y manejo.

Publicado el 27/11/2018

Paciente con Delirio: Tips prácticos de diagnóstico y tratamiento

1. ¿Qué mirar?

- Dolor
- Infección
- Constipación
- Hidratación
- Medicación
- Medio ambiente

Luego utilizar el cuestionario 4AT*
www.the4at.com

2. Aprovechar el conocimiento de los familiares.

Escuchar a familiares y amigos acerca del delirio

Alentar a los familiares que lo estimulen con fotos, recuerdos, evitar cambios de médico o

3. Interrogar sobre medicación

- Amitriplilina
- Analgésicos
- Anticolinérgicos
- Benzodiazepinas

¿Se puede dejar de recetar?

4. Orientar al paciente

- Anteojos? Póngaselos
- Audífonos? Los usa?
- ALCOHOL?
- Hora y fecha

Si no hay otra opción para medicar al paciente:
Olanzapina o Haloperidol en dosis bajas

* <https://www.the4at.com/4at-espanol>

Trastornos neurológicos funcionales

Publicado el 13/07/2018

Los trastornos neurológicos funcionales (TNF) se encuentran entre las causas más comunes de discapacidad neurológica.

Históricamente se las denominaba funcionales asumiendo el dualismo mente-cuerpo con anormalidades psicológicas como su única causa.

Ahora existen bases fisiopatológicas y neurobiológicas mejor definidas que desafían viejas suposiciones.

Por ejemplo, las convulsiones en el contexto de los TNF se los llama *convulsiones psicogénicas y/o no epilépticas*.

Estos términos han reemplazado el término *pseudo ataques*, que podía implicar síntomas fingidos.

Los trastornos neurológicos funcionales son distintos de los síntomas producidos intencionalmente, como la simulación.

Actualmente no hay pruebas que puedan demostrar si los síntomas se producen voluntariamente, y es posible que no haya una clara diferencia categórica entre los síntomas voluntarios y los involuntarios.

Una preocupación crucial ha sido el miedo al diagnóstico erróneo.

Sin embargo, en una revisión de 27 estudios de TNF (con una población total del estudio de 1466), la frecuencia del diagnóstico erróneo fue consistentemente baja (4%) después de una media de 5 años de seguimiento.

Un gran estudio de cohortes prospectivo de pacientes derivados de atención primaria a clínicas de neurología especializadas con diagnósticos que no se explicaron en absoluto o solo de alguna manera por lo que los autores denominaron *enfermedad orgánica*, solo 4 de 1030 pacientes (0,4%) habían sido revisados (o adquiridos) con un diagnóstico neurológico reconocido a los 18 meses de seguimiento.

Por lo tanto, los TNF son comunes y pueden ser diagnosticados con precisión.

Datos del examen físico que pueden hacer pensar en TNF

Debilidad en miembros inferiores

El signo de Hoover es bastante sensible y específico para determinar si hay debilidad por un TNF o no.

A Signo de Hoover



También podés ver este video que lo explica.

<https://youtu.be/ybBfmIYAQI0>

Debilidad en miembros superiores

B Debilidad de miembros superiores



Temblor Funcional

El temblor funcional se caracteriza por una **frecuencia variable** y una respuesta característica a los movimientos rítmicos con una señal externa (conocida como prueba de arrastre).

El parkinsonismo funcional se manifiesta como lentitud excesiva sin disminución y fatiga, así como resistencia variable a la manipulación pasiva (rigidez inconsistente), con velocidad normal para movimientos espontáneos.

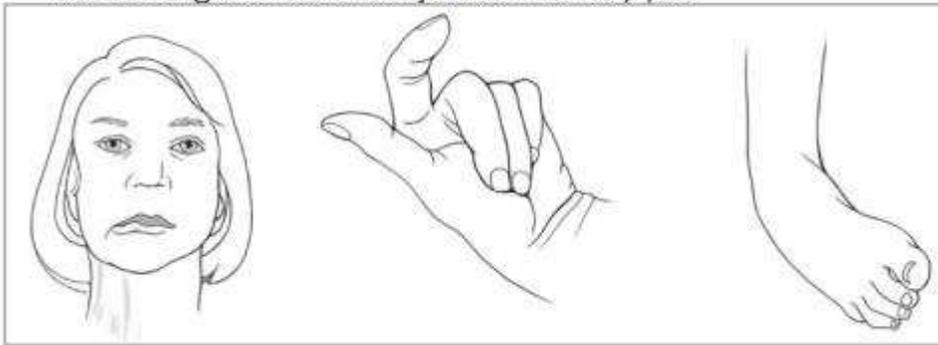
El temblor funcional concurrente puede alentar el diagnóstico erróneo de la enfermedad de Parkinson.

Distonía

La distonía funcional se manifiesta en paroxismos o con flexión plantar fija e inversión de los pies. El inicio súbito y la presencia de dolor son comunes en la distonía funcional (fija) y poco frecuentes en la distonía orgánica, con la excepción de la distonía cervical.

La distonía funcional de la región craneal incluye contracción tónica de la boca hacia un lado, contracción del músculo platisma uni o bilateral, desviación de la mandíbula y la lengua (Figura, C) y, cuando se trata de cierre ocular, elevación de la ceja contralateral en lugar de ipsilateral.

C Contracción tónica de la boca, mandíbula y desviación de la lengua. Posturas fijas de mano y pie



Convulsiones

Diferencias entre convulsiones por TNF y convulsiones epilépticas

Hallazgos al examen	Frecuente en las convulsiones por TNF y raro en las Convulsiones epilépticas	Frecuente en las Convulsiones Epilépticas y raro en las convulsiones por TNF
Párpados y pupilas Cerrados	SI	NO
Abiertos	NO	SI
Aleteando	NO	NO
Resistencia p/ abrir los párpados	SI	NO
Reflejo de luz ausente	NO	SI
Reflejo pupilar preservado	NO	NO
Duración de más de 2'	SI	NO
Opistótonos	SI	NO
Incontinencia urinaria	NO	NO
Convulsiones nocturnas	NO	NO
Rápida reorientación post ictal	SI	NO

Pautas generales de tratamiento

- ▶ El diagnóstico debe establecerse antes de comenzar la terapia y comunicarlo claramente al paciente dentro de un marco biopsicosocial.
- ▶ Ser transparente, especialmente con respecto a las características positivas del diagnóstico.
- ▶ Explorar las creencias y conductas.
- ▶ Asegurarse que el paciente comprenda el potencial de reversibilidad y esté motivado para cambiar.
- ▶ Fomentar la independencia y la autogestión durante el tratamiento.
- ▶ Involucrar a la familia y a los cuidadores en el tratamiento.

JAMA Neurol. Published online June 4, 2018. doi:10.1001/jamaneurol.2018.1264

<https://bit.ly/2zqDNpO>

Ejercicios de reeducación vestibular.

Publicado el 02/03/2018

Ejercicios de reeducación vestibular

Ejercicios oculares

Mirar arriba, luego abajo, primero despacio y luego deprisa, manteniendo la cabeza inmóvil. 20 veces.



Mirar de un lado a otro, manteniendo la cabeza inmóvil, primero despacio y luego deprisa. 20 veces.



Focalizar un dedo de la mano, estando el brazo estirado, moverlo entonces desde unos 38 centímetros hacia la nariz y luego alejarlo otra vez. 20 veces.



Movimientos de cabeza y ojos

Flexión y extensión de la cabeza con los ojos abiertos, despacio y luego deprisa. 20 veces.



Inclinación de lado a lado de la cabeza, despacio y después deprisa. 20 veces. Cuando mejore el desequilibrio se repetirá con los ojos cerrados.



Movimientos de brazo y cuerpo

Encogerse de hombros. 20 veces. Hacer círculos con los hombros. 20 veces.



Girar la cintura a la derecha y luego a la izquierda. 20 veces.



Inclinarse hacia delante para coger un objeto de la cama o del suelo si se está sentado en una silla, incorporarse y después agacharse para reponer el objeto. Repetir 20 veces.



Girar la cabeza de lado a lado, dos giros lentos y luego rápidos. Esperar unos segundos y hacer 3 giros rápidos. Cuando prosiga la mejoría, repetir con los ojos cerrados.



STC Piógenes

(Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Extraído de la página del Hospital Italiano.

Publicado el 18/09/2018

Septiembre 2018

Casos de Streptococcus Pyogenes



Recomendaciones de la SAP para el manejo de las consultas en guardia y consultorios

Frente a los casos reportados de infecciones graves por *Streptococcus pyogenes*, la Sociedad Argentina de Pediatría emitió un comunicado aclarando algunos conceptos respecto a esta bacteria y al manejo de los casos:

SOBRE EL STREPTOCOCCUS PYOGENES

El *Streptococcus pyogenes* causa un amplio espectro de cuadros clínicos, desde cuadros leves, como faringitis, impétigo, escarlatina, hasta infecciones invasivas graves. Los niños sanos pueden ser afectados por este agente. Los adultos también lo pueden padecer.

Sin embargo hay factores de riesgo en los niños que lo hacen más frecuente:

- Padecer o haber tenido varicela recientemente
- Infecciones de piel y partes blandas
- Infecciones virales previas
- Alguna condición subyacente relacionada con la inmunidad del paciente.

CONTAGIO

La puerta de entrada de las infecciones invasivas suele ser especialmente la piel y secundariamente las mucosas. Las infecciones invasivas raramente suceden a la faringitis.

MANEJO DE LAS CONSULTAS

Ante la demanda creciente en guardias y consultorios de familias asustadas por la posibilidad de este cuadro en sus hijos consideramos prudente señalar:

1 ¿Cómo abordar un paciente, cuya familia consulta asustada por fiebre y dolor de garganta?

- Revisar al paciente (sin ropa)
- Establecer que la fiebre no sea debida a otra causa
- Establecer si el cuadro incluye faringoamigdalitis, sobre todos en mayores de 3 años, o menores de 3 años concurrentes a jardín maternal o de infantes
- Tomar una muestra para exudado de fauces: idealmente test rápido y cultivo.

Aclaración: Los cuadros febriles en menores de 3 años, que se acompañan de tos, rinitis, faringitis y/o conjuntivitis, que no tienen medio epidemiológico para *Streptococcus pyogenes*, ni factores de riesgo, por lo tanto no son considerados para realización estudios para la detección de *S. pyogenes* en fauces.

2 ¿Qué decir a los padres frente a un cuadro de faringoamigdalitis con resultado positivo del test rápido o cultivo?

Ante todo, tranquilizarlos y luego:

- Explicarles que es una patología muy frecuente en pediatría, principalmente entre los 4 y los 10 años de edad, y que se da mayormente en esta época del año (primavera y otoño).
- Hay que destacar que con el tratamiento adecuado las posibilidades de complicaciones son muy infrecuentes.
- El tratamiento es con penicilina durante 10 días vía oral. Hay que señalar que los tratamientos que se cortan antes de tiempo tienen mayor probabilidad de recaídas.
- Como medidas preventivas: deben cuidar especialmente la higiene de manos que previene infecciones, y respetar las licencias escolares por enfermedad indicadas.

Además, si un hermano u otro familiar comienzan con fiebre deben consultar a un profesional.

3 ¿Qué signos de alarma obligan a volver a la Guardia o consultar al pediatra?

Debe concurrir nuevamente y de inmediato a la guardia si presenta:

- Si persiste con fiebre elevada
- Mal estado general
- Rechazo del alimento
- Decaimiento evidente
- Cambios en la coloración de la piel