Anuario

2020

FUNDACION MF

FUNDACION MF

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires
Servicio de Medicina Familiar
y Comunitaria

Índice

Contenido.....Pág.

Prólogo 7

Decisiones compartidas 8

Cuándo es mejor la toma de decisiones compartidas. 9

Decisiones compartidas en la Fibrilación Auricular. 16

Decisiones compartidas en el rastreo de cáncer de colon. 18

Decisiones compartidas: Nada de mí sin mí. 20

Prevención 22

Cáncer de mama: Riesgo percibido / Riesgo real 23

¿Mamografía a partir de los 40 años? 24

El rastreo de cáncer de pulmón. 27

No rastrear problemas tiroideos en personas asintomáticas. 30

La espera interminable 32

Rastreo de Aneurisma de aorta abdominal. 35

Vacunas 36

Vacuna antisarampionosa (Nuevas recomendaciones) 37

Salud del niño 38

Parálisis del plexo braquial neonatal. 39

Puntos de corte en HTA infantil. 40

Introducción precoz de alimentos y obesidad. 42

El niño con apneas del sueño. 44

Infección urinaria febril en el lactante. 46

El niño con marcha en puntas de pie. 48

El Hipotiroidismo subclínico en niños. 51

Nuevo algoritmo para la enfermedad celíaca. 54

APGAR en prematuros. 56

Tratamiento hormonal en niños transexuales. 58

Dolor de pies en niños. 61

Artritis idiopática juvenil. 63
Obesidad y sedentarismo. 65
Salud de la mujer 67
Ejercicios pélvicos para la incontinencia. 68
Infecciones urinarias recurrentes. 70
Sobrediagnóstico de hipotiroidismo por pedir TSH en las embarazadas. 73
¿Si tomás lácteos te fracturás menos? 75
Salud del anciano 77
Hacer más actividad física en ancianos: El estudio Generation 100. 78
Incorporando a los familiares a la actividad física con el anciano. 79
Discontinuar los antihipertensivos a los ancianos. 80
Ancianos que se internan. 83
Francia deja de cubrir medicación “para la memoria”. 84
Problemas cardiovasculares 86
Causas de hipertrigliceridemia. 87
Dieta hipograsa para el tratamiento de la hipercolesterolemia. 88
Reducción de grasas saturadas de la dieta y eventos CV. 91
Empaglifozina y Dapaglifozina para el tratamiento de la ICC. 92
¿Qué te acordás de la estenosis aórtica? 94
¿Qué te acordás de la insuficiencia mitral? 95
Terapia antiplaquetaria en el post IAM 97
¿Darías colchicina en el infarto? 100
Diabetes 103
Un hipoglucemiante oral en la DBT tipo I 104
HTA 106
Hipertensión en ancianos. 107
¿Cuánto baja la presión arterial comer sin sal? 110
HTA sistólica aislada. 113
La urgencia hipertensiva no se trata con antiHTA. 119
Problemas traumatológicos 120
OA o AR 121
¿Cuánto dura un reemplazo de rodilla? 122

Salud Mental / Adicciones 124
Evitar el aislamiento, como generar medidas simples para no excluir. 125
Depresión en atención primaria. 126
Alcohol y tensión arterial. 128
Alcohol / Adolescentes / Argentina / Violencia 130
Manejo de los síntomas de abstinencia alcohólica. 131
Fármacos 134
Se retira del mercado la Ranitidina. 135
Melatonina. 136
Paracetamol. 138
Problemas infectológicos 141
Actualización tratamiento gonococcia. 142
Dengue 143
Coronavirus 144
Pensá en sífilis 146
Otros problemas clínicos 147
Cáncer de vejiga 148
Polineuropatías: Algoritmo diagnóstico 150
Manejo de las polineuropatías 151
Enfermedad de Paget 153
Enfermedad de Paget extraósea 158
Acupuntura para el dolor crónico 160
Eritema en miembros inferiores: Celulitis, ¿Y qué más? 164
Medias compresivas para el edema crónico 165
Signo clínico: Lívedo reticularis. 166
Caso clínico I: Dar antibióticos para un procedimiento odontológico. 167
Caso clínico II: Sindrome de intestino irritable. 168
Cómo pasar del acenocumarol al apixaban. 169
El sesgo de estudiar más a los hombres. 170

Prólogo

Año particular...qué contarles que no sepan.
Desde el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano y la Fundación MF nos enfrentamos, entre muchos otros desafíos, el de acercarles información valiosa para la práctica de la medicina familiar y general, así como para otras especialidades con práctica ambulatoria.

Quienes practicamos la Medicina Familiar, hemos sentido cierta incomodidad al ver que en muchos ámbitos la salud se limitó a "no tenés COVID 19".
La enfermedad se convirtió en la contraseña para el acceso o la atención con prioridad...tan lejos de esa atención de puertas abiertas...en la cual no importa cuál es el problema...el problema se atiende y se intenta resolver.

Y vaya si sabemos que la salud está lejos de "no tener COVID 19".

Con esta lógica, decidimos seguir ofreciendo contenidos que consideramos valiosos y de interés fuera del tema de la Pandemia...
No obstante, atentos a que había una demanda de información sobre COVID 19, desarrollamos contenidos específicos y un minisitio en nuestra WEB para profesionales y para la comunidad.

En este anuario compilamos todos los temas que abordamos en 2020 fuera de la pandemia.
Porque desde la Medicina Familiar vimos con más claridad que nunca que la salud debe estar cerca del pensamiento de Floreal Ferrara quien nos decía "La salud es la solución del conflicto. No tiene nada que ver con esa definición como “completo estado de bienestar físico mental y social” que utilizábamos en aquellas épocas, surgida de los organismos internacionales de salud.
Nuestra definición se pelea con el estado de bienestar y el “estar bien”.
Nuestra definición de salud es que el hombre y la mujer que resuelven conflictos están sanos.
La salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad."

Por un 2021 con más salud.

Dra. Karin Kopitowski
Jefa Servicio Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Italiano de Buenos Aires
Presidente Fundación MF

Decisiones compartidas

Cuándo es mejor la toma de decisiones compartidas.

Publicado el 17/05/2020

Muchas decisiones en el cuidado de la salud (diagnóstico, tratamiento, detección, etc.) justifican la toma de decisiones compartidas (TDC); sin embargo, este enfoque aún no se ha integrado lo suficiente en entornos clínicos.

Algunos médicos podrían pensar que este proceso no es relevante, podrían dudar de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones, sentir que no tienenla capacidad de compartir información en un formato apropiado o tener ideas erróneas sobre lo que implica la TDC.

Una barrera común evocada por los médicos es el tiempo adicional requerido, aunque la literatura sugiere que la TDC agrega solo unos minutos adicionalesal tiempo de consulta (mediana de 2.6 minutos).

Aún así, como el tiempo es precioso, debemos reflexionar sobre cuándo la TDC está garantizada y cuándo no.

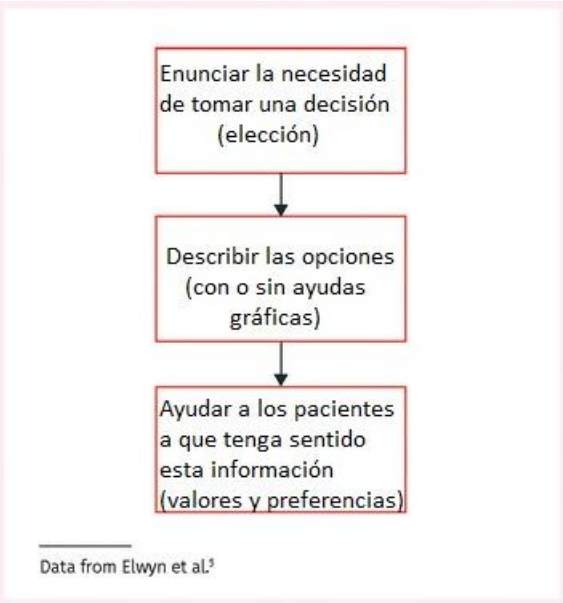
¿Qué es la toma de decisiones compartida?

La TDC no se trata de convencer al paciente de que siga las recomendaciones del médico. Tampoco se trata de dejar que el paciente decida por sí mismo. Reconoce la autodeterminación del paciente como una parte importante de la relación médico-paciente. Es diferente de una entrevista motivadora y es más que simplemente compartir información.

La TDC es "un enfoque en el que los médicos y los pacientes comparten la mejor evidencia disponible cuando se enfrentan a la tarea de tomar decisiones, y donde los pacientes reciben apoyo para considerar opciones y lograr preferencias informadas".

Elwyn y sus colegas propusieron un modelo de 3 pasos para TDC que se puede resumir en 3 acciones específicas (Figura 1). Este modelo describe la TDC como un proceso de deliberación que respeta lo que más le importa a los pacientes.

Figura 1



Para que la TDC sea útil, debe existir una clara necesidad de una decisión.

Debe haber diferentes opciones con un cierto equilibrio de beneficios y daños para abordar el problema en cuestión.

La premisa de la TDC es reconocer (tanto al paciente como al clínico) que a menudo hay muchas opciones razonables médicamente válidas, cada una con posibles beneficios y daños, y que la decisión óptima puede ser muy diferente de una persona a otra dependiendo de las circunstancias de su vida, valores y preferencias.

La TDC compartida tiene muchos beneficios:

• Mayor satisfacción del paciente y del médico.

• Mayor conocimiento del paciente.

• Menor arrepentimiento decisional.

Se ve cada vez más como un imperativo ético; sin embargo, aún faltan oportunidades de capacitación y educación continua en TDC.

Si bien está subutilizada, a veces se utiliza en situaciones en las que probablemente no se debería. Por ejemplo, se introduce cuando no hay que tomar una decisión; cuando el paciente no puede colaborar en el proceso; o cuando, en conjunto, las estimaciones de beneficios versus daños de una prueba o tratamiento no justifican tal enfoque.

Este artículo destaca estas situaciones y analiza algunas limitaciones de la TDC. Nuestro objetivo es ayudar a los médicos a enfocar mejor su tiempo y energía en situaciones en las que TDC realmente puede marcar la diferencia.

Descripción del caso

Recientemente asistió a una conferencia sobre TDC y se dio cuenta de que debería tratar de incorporarlo en su práctica. Aunque le dijeron que esto no aumentará el tiempo de visita con sus pacientes, usted es escéptico. Se pregunta cómo elegir cuándo usarla y cuándo no. Al igual que su estetoscopio, la TDC es una herramienta, por lo que seguramente habrá momentos en que sea útil y otros momentos en que no lo sea.

Por ejemplo, un paciente con síntomas respiratorios de origen viral (por ejemplo, por una bronquitis aguda) puede necesitar información, pero no requiere TDC sobre si comenzar un antibiótico. En contraste, un paciente deprimido probablemente se beneficiará de TDC al decidir entre 2 opciones razonables (por ejemplo, antidepresivos o psicoterapia).

Puede parecer TDC, pero...

El ejemplo anterior de la bronquitis refleja una situación con solo una opción terapéutica válida, es decir, controlar los síntomas hasta que desaparezcan por sí solos.

La TDC ayuda a los pacientes a sopesar los beneficios y los daños de las diferentes opciones que ofrecen una relación beneficio/daño parecida.

No significa que debamos presentar todas las opciones, incluidas aquellas que no pueden ofrecer una posibilidad razonable de beneficio pero que pueden causar daños.

Otro ejemplo es utilizar una ayuda para la decisión sobre el rastreo del cáncer con pacientes con múltiples afecciones comórbidas. La esperanza de vida reducida de estos pacientes probablemente excluya cualquier beneficio de la intervención propuesta.

El uso de TDC sobre mamografía para una mujer frágil de 70 años podría percibirse como un dilema ético. Algunos dirían que tiene derecho a la información; pero en esta paciente cualquier beneficio es poco probable y es posible que haya daños inmediatos. Es decir, esta decisión no es equilibrada.

Un tercer ejemplo es la laparotomía exploratoria para el dolor abdominal funcional persistente crónico en una persona joven y sana. Esta opción no necesita ser discutida con estos pacientes.

¿Cuándo se debe hacer una TDC?

Como el tiempo es precioso, es importante discernir cuándo la TDC es apropiada y es probable que marque una diferencia en la atención. Hay ciertas circunstancias en las que la TDC no se usa lo suficiente y en las cuales sería una inversión de tiempo que vale la pena.

Reconociendo que algunas decisiones no necesitan ser apresuradas (por ejemplo, la detección de cáncer de pulmón), puede decidirse interactuar inmediatamente con el paciente o posponer la conversación hasta que el paciente haya tenido la oportunidad de aprender más sobre la decisión (posiblemente con una ayuda a la decisión).

En muchos casos, existen múltiples opciones, cada una con sus ventajas y desventajas, y en lugar de ofrecer una opinión, una decisión compartida suele ser más beneficiosa.

Los sofocos de la menopausia tienen diferentes opciones de tratamiento. La decisión sobre qué opción usar está influenciada por valores y preferencias, y por lo tanto debe compartirse.

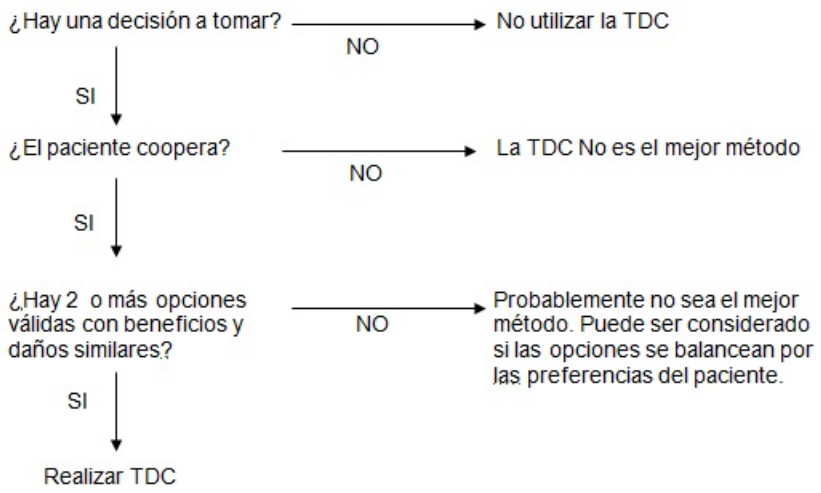
Si no existen gráficos que ayuden para una toma de decisiones en particular, una herramienta genérica como la Ottawa Personal DecisionGuidepuede ser útil (https://decisionaid.ohri.ca/docs/das/OPDG.pdf). Proporciona una herramienta estructurada para que el paciente y el médico enumeren las opciones y guía a los pacientes en su reflexión.

Hay muchos otros ejemplos, ya que una proporción sustancial de la atención se considera sensible a las preferencias.

Por ejemplo, qué medicamento debe seguir a la metformina en el tratamiento de la diabetes tipo 2, qué medicamento se debe recetar primero en la depresión o si se debe usar un medicamento para reducir el colesterol o prevenir fracturas por fragilidad.

La figura 2 ilustra un algoritmo para determinar si TDC es el enfoque correcto.

Figura 2



Límites de TDC

Hay muchas circunstancias médicas en las que la TDC está garantizada, pero, aunque creemos que hay un equilibrio entre los beneficios y los daños, no hay información cuantitativa disponible sobre

las diferentes alternativas. En estos casos, tenemos que aceptar este hecho y compartir las incertidumbres.

Imaginemos una mujer de 26 años con mediciones repetidas de presión arterial iguales o superiores a 140/90 mm Hg. Nos gustaría compartir los beneficios y los daños del tratamiento; sin embargo, no conocemos ninguna forma confiable de estimar su riesgo futuro de enfermedad cardiovascular o comparar el beneficio potencial de tratar o no con fármacos a esta edad.

Cualquier clínico que realmente abrace la TDC, a veces, se enfrentará a situaciones como estas. La TDC a veces se puede facilitar con ayudas de decisión pero no necesita limitarse a situaciones para las que existe esa ayuda.

El paciente debe permanecer en el centro de la decisión.

Imagine a un paciente de 64 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa que pregunta sobre la detección del cáncer de colon. La Fuerza de Tarea Canadiense sobre Atención Médica Preventiva recomienda la detección de cáncer colorrectal en adultos de 60 a 74 años (recomendación fuerte), pero dada la enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave, la situación necesita un enfoque diferente, ya que la probabilidad de beneficiarse de esta evaluación es muy baja en comparación con el riesgo potencial de daño. La información y el soporte, más que la TDC, es probablemente el enfoque correcto aquí.

La situación opuesta: a veces, incluso para recomendaciones en contra de hacer rastreos, los beneficios pueden superar los daños potenciales, por ejemplo, en personas mayores pero en forma. La recomendación de la Fuerza de Tarea Canadiense sobre Atención Médica Preventiva en contra del cribado del cáncer de colon en adultos de
75 años o más es débil. Esto se basa en evidencia de baja calidad y una esperanza de vida generalmente reducida en este grupo de edad. Aún así, algunos adultos mayores de 75 años sin comorbilidades graves podrían decidir continuar con la detección. La decisión se reduce a valores y preferencias y a conocer la mediana de la esperanza de vida de las personas en edad avanzada.

Siempre habrá zonas grises, y es por eso que se debe recopilar información sobre cada paciente antes de decidir si la TDC es un buen enfoque.

Los pacientes que hacen solicitudes irrazonables.

Algunos pacientes desean pruebas o tratamientos que no están recomendadas o rechazan una intervención donde los beneficios claramente parecen ser mayores que los daños. En tales circunstancias la comunicación está fuera del ámbito de la TDC porque las opciones no están en equilibrio.

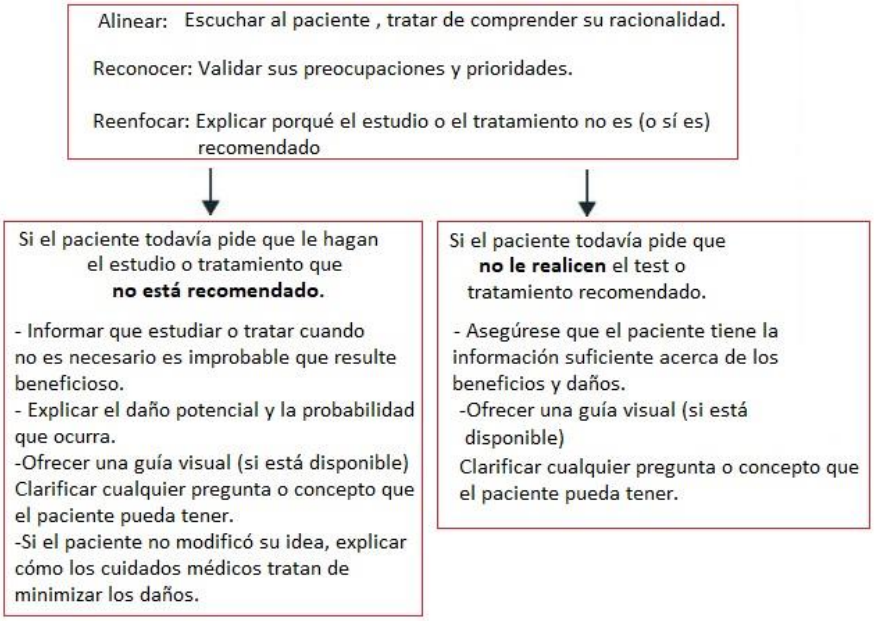
Sin embargo, podemos sugerir un enfoque que puede ser útil. Por ejemplo, si ante un hombre de 78 años que quiere un dosaje de antígeno prostático específico para detectar el cáncer de próstata, simplemente se le podría decir que no es una buena idea. Pero, ¿y si el paciente insiste?

¿Qué sucede con otros casos como... un paciente asintomático que desea una TSH? ¿Un paciente con lumbalgia que solicita una resonancia magnética? ¿Un paciente con presión arterial elevada

que rechaza el tratamiento? ¿Un paciente con diabetes que no quiere consultar al oculista o tomar medicamentos para controlar la glucemia?

Una estrategia es "alinear, reconocer y reenfocar" (Figura 3).

Figura 3.



Pacientes que desean que los profesionales de la salud decidan por ellos.

Es un mito generalizado que todos los pacientes quieren que los médicos tomen decisiones por ellos. Incluso si un cierto porcentaje de pacientes preferiría que el médico tomara la decisión, esta no es una razón para evitar la TDC por completo. La mayoría de los pacientes aprecian la TDC, mientras que un pequeño porcentaje prefiere tomar la decisión solo.

El médico puede ser el experto en la enfermedad, pero recuerde que el paciente es el experto en vivir con la enfermedad (o las consecuenciasde una acción).

Puntos clave:

• Si bien la TDC a menudo se subutiliza, a veces se introduce en situaciones en las que probablemente no se debería hacer.

• Se debe considerar la TDC cuando hay al menos 2 opciones médicamente válidas, cada una con equilibrio entre beneficios y daños.

• Cuando la TDC no está garantizada, compartir información sigue siendo una buena práctica.

Referencias

Este artículo se publicó en el CMJ: https://www.cfp.ca/content/66/5/327#ref-7
Autores: GuylèneThériault , Roland Grad , James A. Dickinson , Pascale Breault , Harminder Singh, Neil R. Bell y Olga Szafran

Un link muy útil: https://shareddecisions.mayoclinic.org/

Decisiones compartidas en la Fibrilación Auricular.

Publicado el 02/08/2020

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más común observada en la práctica clínica.
Se asocia con un aumento de las tasas de accidente cerebrovascular (ACV), de embolia sistémica y de la morbimortalidad.
El tratamiento anticoagulante reduce el riesgo de ACV en aproximadamente un 65% en pacientes con FA no valvular.
Casi la mitad de los pacientes con riesgo de sufrir un ACV no comienzan, y una proporción similar no continúa tratamiento anticoagulante y experimentan ACVs prevenibles.

En 2014, tres sociedades cardiovasculares importantes formularon pautas y emitieron una recomendación de clase 1 para el uso de toma de decisiones compartida (TDC) para individualizar el tratamiento anticoagulante de pacientes con FA no valvular que están en riesgo de sufrir un derrame cerebral.

Para implementar esta recomendación, se han desarrollado varias herramientas para facilitar la TDC entre pacientes con FA.

Sin embargo, la mayoría de estas herramientas no se han evaluado rigurosamente, omiten los medicamentos anticoagulantes, presentan datos obsoletos, no respaldan directamente la conversación entre el paciente y el médico o no abordan consideraciones prácticas que son importantes para el éxito del tratamiento anticoagulante seguro en curso, como actividades de ocio, dieta, viajes y gastos de bolsillo.

El objetivo del presente estudio fue evaluar cómo afecta la calidad de las decisiones de tratamiento anticoagulante y TDC en pacientes con FA que están en riesgo de sufrir un ACV. Para abordar estas limitaciones y apoyar a los pacientes con FA en riesgo y a sus médicos a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento anticoagulante, se utilizó una herramienta de TDC: https://anticoagulationdecisionaid.mayoclinic.org/.

Diseño, escenario y participantes

Este ensayo clínico aleatorizado multicéntrico comparó el uso de la atención estándar durante el encuentro clínico con el uso de la herramienta de TDC de elección de anticoagulación (que presenta estimaciones de riesgo individualizadas y compara opciones de tratamiento anticoagulante en temas de importancia para los pacientes) durante el encuentro clínico para examinar los efectos de los 2 enfoques.

El riesgo de un evento tromboembólico se midió utilizando el CHA_2DS_2- Puntaje VASc (insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad ≥ 75 años, diabetes, ACV previo o accidente isquémico transitorio o tromboembolismo, enfermedad vascular, edad 65-74 años y categoría de sexo; rango de puntaje, 0-9, con puntajes más altos que indican riesgo mayor). Se tomó como alto riesgo un puntaje CHA_2DS_2-VASc de 1 o más para hombres y 2 o más para mujeres.

Los pacientes se clasificaron en 1 de 2 cohortes: inicio y revisión. La cohorte de inicio comprendía pacientes que eran nuevos en el tratamiento anticoagulante (es decir, que no habían recibido

tratamiento anticoagulante en los 6 meses previos). En el grupo de atención estándar, los encuentros clínicos se realizaron de acuerdo con el enfoque habitual de los médicos. En la rama intervención, se les pidió a los médicos que usaran la herramienta de TDC de elección de anticoagulación en sus encuentros.

Resultados

El ensayo clínico incluyó a 922 pacientes (559 hombres [60,6%]; edad media [DE], 71 [11] años) y 244 médicos.
Un total de 463 pacientes fueron asignados al azar a la rama intervención y 459 pacientes a la atención estándar.
La participación de los pacientes en la toma de decisiones (según lo evaluado a través de videograbaciones de los encuentros utilizando la escala de 12 ítems de Observación del involucramiento del paciente en la toma de decisiones) fue significativamente mayor en la rama de intervención (puntaje promedio [DE], 33.0 [10.8] puntos frente a 29.1 [13.1] puntos, respectivamente; diferencia de medias ajustada, 4.2 puntos; IC del 95%, 2.8-5.6 puntos).
No se encontraron diferencias significativas entre ambas ramas en la duración del encuentro (duración media [DE], 32 [16] minutos en la rama intervención frente a 31 minutos en la rama atención estándar; diferencia media ajustada entre los brazos, 1.1; 95% CI, -0.3 a 2.5 minutos).

Conclusión y relevancia

El uso de una herramienta de TDC mejoró varias medidas de calidad y de satisfacción del médico, sin un efecto significativo en las decisiones de tratamiento o la duración del encuentro. Estos resultados ayudan a calibrar las expectativas sobre el valor de implementar herramientas TDC en la atención de pacientes con FA.

10.1001/jamainternmed.2020.2908

Decisiones compartidas en el rastreo de cáncer de colon.

Publicado el 17/12/2019

A principios de este año apareció en el *BMJ (1) un*a guía sobre el rastreo de cáncer de colon desarrollada por un equipo de autores internacionales, que divergió de las tradicionales guías que recomendaban que la decisión de realizar un examen se base en el riesgo estimado a 15 años de un paciente de desarrollar cáncer colorrectal en lugar de realizar el rastreo universal para las personas a partir de los 50 años.
Los autores de la guía propusieron usar una herramienta desarrollada en el Reino Unido llamada QCancer (2) para estimar el riesgo de cáncer colorrectal y sólo evaluar a los pacientes con un riesgo del 3% o más.

El Dr. Johnson, autor principal del trabajo plantea en su comentario varias preocupaciones.

1. La herramienta QCancer no incluye a los afroamericanos como categoría demográfica, lo cual es problemático porque tienen un mayor riesgo de cáncer colorrectal yes más probable que mueran a causa de él.

2. La mayoría de los hombres y mujeres de etnia caucásica no alcanzarán el umbral de riesgo del 3% hasta que lleguen a los 60 años, considerablemente más tarde que lasedades de inicio recomendadas de 45 o 50 años de la Sociedad Estadounidense del Cáncer (3) o la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de Estados Unidos. (4)(Actualmente en revisión), respectivamente.

3. Finalmente, señala que el cáncer colorrectal y la mortalidad han disminuido en las últimas dos décadas, por lo que será necesario detectar menos personas en edadesposteriores para revertir un cáncer.

Desde la atención primaria, es apropiado sopesar los beneficios potenciales de la detección del cáncer colorrectal y sus posibles daños.

Como mínimo, los pacientes que se someten a una colonoscopia con fines de detección primaria o después de una SOMF (+) requerirán preparación intestinal y necesitaránfaltar al trabajo o renunciar a alguna otra actividad planificada.

Las mejores estimaciones son:

> 1 de cada 1000 colonoscopias ocasionan hemorragias graves,
> 1 de cada 2000 provoca perforación intestinal y
> 1 de cada 33.000 conduce a la muerte, y los pacientes mayores tienen más probabilidades de experimentar estos daños (5).

La mayoría de los endoscopistas afirman individualmente que sus tasas de complicaciones son más bajas que estos promedios, pero este efecto de Lake Wobegon (6)puede hacer quelos médicos estén demasiado ansiosos por evaluar a los pacientes con una baja probabilidad de beneficio.

En un estudio, el 88% de las colonoscopias repetidas después de una colonoscopia completamente normal ocurrieron después de menos de 9 años (7) en lugar de 10 años,según lo recomendado por las guías.

Otro estudio encontró que en una muestra de pacientes de Medicare que recibieron al menos una colonoscopia de detección, el 25% tenía una esperanza de vida estimadade menos de 10 años.(8)

En un mundo perfecto, todos los adultos elegibles recibirían alguna forma de detección de cáncer colorrectal, las colonoscopias de vigilancia solo se realizarían a intervalosrecomendados por la guía, y estas pruebas se asociarían con una carga cero y complicaciones.

Pero en el mundo real, las preferenciasde los pacientes, los valores y la probabilidad personalizada de beneficio o daño de una prueba de detección deberían ser muyimportantes.

Debemos discutir las diferentes pautas y sus limitaciones, y permitir que los pacientes tomen mejores decisiones informadas.

REFERENCIAS

1. https://www.bmj.com/content/367/bmj.l5515
2. https://qcancer.org/15yr/colorectal/
3. https://www.cancer.org/health-care-professionals/american-cancer-society-prevention-early-detection-guidelines/colorectal-cancer-screening-guidelines.html
4. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryDraft/colorectal-cancer-screening3
5. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27296945
6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24320166
7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25266407
8. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23973925

Decisiones compartidas: Nada de mí sin mí.

Publicado el 15/12/19

Se dice que la toma de decisiones compartida es deseable porque la participación del paciente se acepta como un derecho y los pacientes en general desean más información sobre su estado de salud y prefieren tomar un papel activo en las decisiones sobre su salud.

Entonces hay tres razones que atender:

1. La toma de decisiones compartida es un derecho humano. Esta afirmación es absoluta. Nuestros cuerpos nos pertenecen. Cualquier decisión sobre ellos debe contar con nuestro consentimiento informado.

"Nada sobre mí sin mí" es un principio fundamental en medicina, y sigue siendo válido, aunque no siempre se implementa adecuadamente.

2. Los pacientes en general quieren más información sobre su estado de salud. Esta es una afirmación menos absoluta, y con razón.

Los pacientes varían mucho en cuanto a qué tipo de información desean y qué tipo de información desean, y conocer su preferencia individual por el conocimiento es en realidad parte del papel del profesional en la toma de decisiones compartidas. Esto se aplica tanto al diagnóstico como a las opciones de tratamiento.

3. Los pacientes prefieren tomar un papel activo en las decisiones sobre su salud. Esto puede o no ser cierto para cada individuo y cada decisión.

La *oferta* de un rol activo debe ser explícita (esa es la cuestión de los derechos humanos), pero no hay obligación para que el paciente cargue con la carga de cada decisión.

"Vine porque quiero que me informe y saber su opinión, doctor" es una respuesta perfectamente válida.
También lo es "... Necesito más información y tiempo para pensarlo y hablar con mi familia...".

La toma de decisiones compartida no implica que cada consulta deba consistir en arrojar información al paciente para finalizar con una respuesta conjunta definitiva.

Una Revisión Cochrane (1) acerca de la utilidad de los métodos para tomar decisiones compartidas se publicó el año pasado.
Los autores explican que "... El objetivo de esta revisión fue averiguar si las actividades para aumentar la toma de decisiones compartidas por los profesionales de la salud son efectivas o no..."
Ejemplos de estas actividades son programas de capacitación, distribución de folletos o recordatorios por correo electrónico.
Los investigadores de Cochrane recopilaron y analizaron todos los estudios relevantes para responder a esta pregunta, y encontraron 87 estudios.

Esta es una gran cantidad de estudios que intentan cubrir un grupo muy variado de actividades destinadas a aumentar la toma de decisiones compartidas.

La conclusión final fue:
"... No se sabe si las intervenciones para aumentar el uso de decisiones compartidas por parte de los profesionales de la salud son efectivas porque la certeza de la evidencia es baja o muy baja... ".

Muchas preguntas, pocas respuestas

¿Dónde nos deja esta conclusión?

Ciertamente, con muchas preguntas y pocas respuestas, lo cual es profundamente frustrante en un momento en el que la toma de decisiones compartida se populariza cada vez más como un principio fundamental en todos los sistemas de salud.
Si no sabemos cómo promoverlo, ¿cómo podemos esperar que se convierta en una realidad en todos los entornos de atención médica?
De hecho, esta revisión puede verse más como un reflejo del estado confuso de la investigación en el campo que del fracaso en el progreso.
El movimiento social más amplio para una mayor autonomía del paciente y un conocimiento abierto de la salud es imparable, y lo que vemos aquí es un intento de capturar la pequeña parte que se publica en la literatura médica en forma de estudios intervencionistas.

El cambio cultural es complejo y no puede medirse adecuadamente observando intervenciones simplistas con resultados inadecuados.

La toma de decisiones compartida necesita más que solo conocimiento.

Las revisiones Cochrane desempeñan un gran papel en la generación de evidencia sobre intervenciones médicas, y a menudo forman la mejor base de conocimiento para la toma de decisiones compartidas en la práctica clínica. Pero el conocimiento es solo un elemento para tomar decisiones compartidas.

Para que se pueda efectuar de manera efectiva, se necesita una actitud diferente, un nuevo conjunto de habilidades, herramientas que se adapten mejor al conocimiento de los pacientes y un entorno donde la comunicación personal se haga posible (espacio y tiempo).

Si realmente creemos que la toma de decisiones compartida es un derecho humano, y no un ideal platónico inalcanzable, debemos enseñarlo en la facultad, incorporarlo en herramientas de conocimiento compartidas tanto para pacientes como para médicos, convertirlo en una habilidad para el aprendizaje permanente y darle cabida en el sistema de salud para promoverlo.

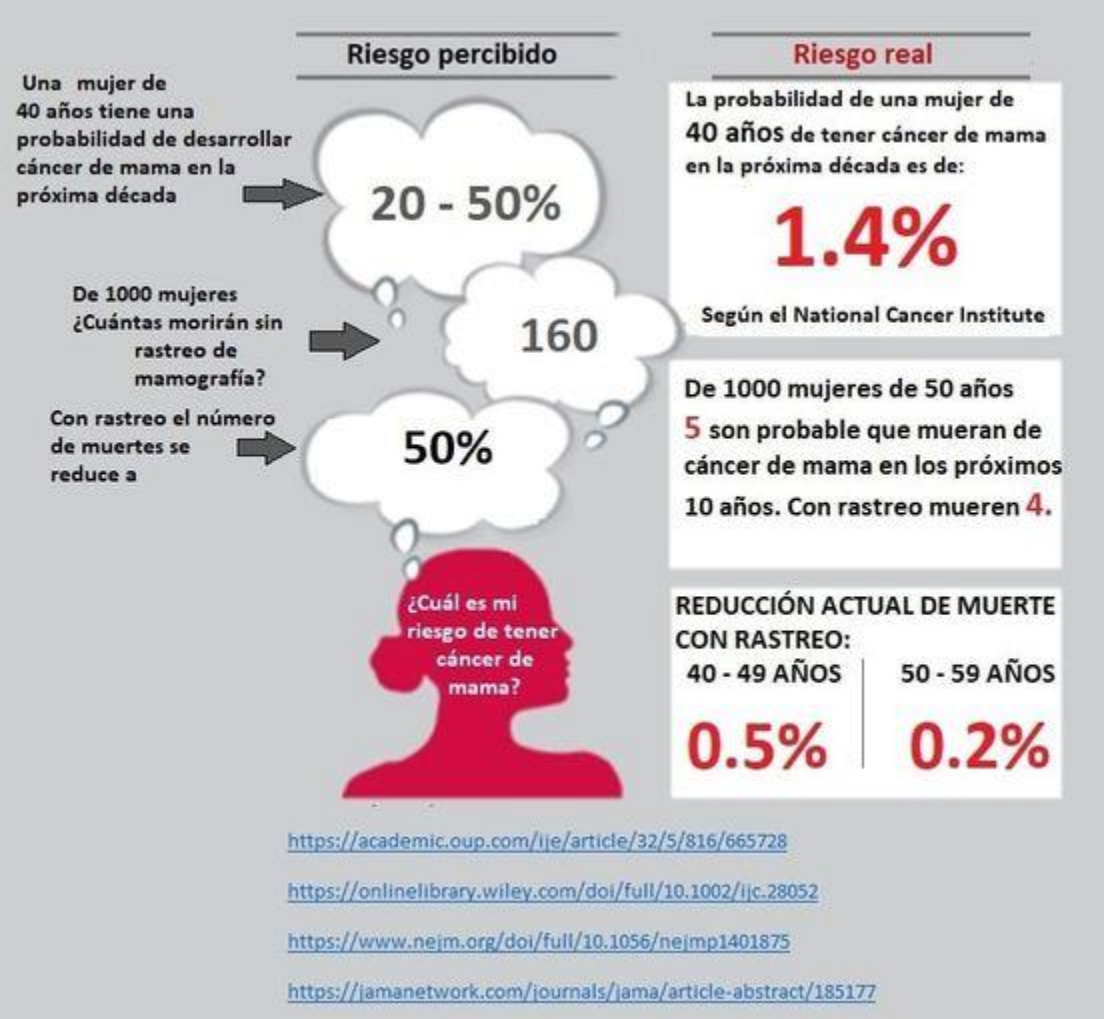
Todas estas cosas se tienen que dar.

Richard Lehman ProfessoroftheSharedUnderstandingof Medicine at theUniversityof Birmingham

(1) https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006732.pub4/full

Cáncer de mama: Riesgo percibido / Riesgo real

Publicado el 05/11/20



¿Mamografía a partir de los 40 años?

Publicado el 01/09/20

La Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF, su sigle en inglés) recomienda realizar mamografía cada 2 años en mujeres de entre 50 y 74 años (recomendación B).

Un trabajo publicado este mes en el Lancet Oncology afirma que: "Reducir el límite mínimo de edad para la detección del cáncer de mama de 50 a 40 puede salvar vidas" con un aumento mínimo de sobrediagnóstico. (1)

El estudio reclutó a 160.921 mujeres de 39 a 41 años de 1990 a 1997 y se las asignó al azar a realizar mamografías anuales hasta los 40 años o al cuidado estándar, lo que significa que no se las invitaba al programa de rastreo mamario del NationalHealthService (NHS) hasta los 50 años.

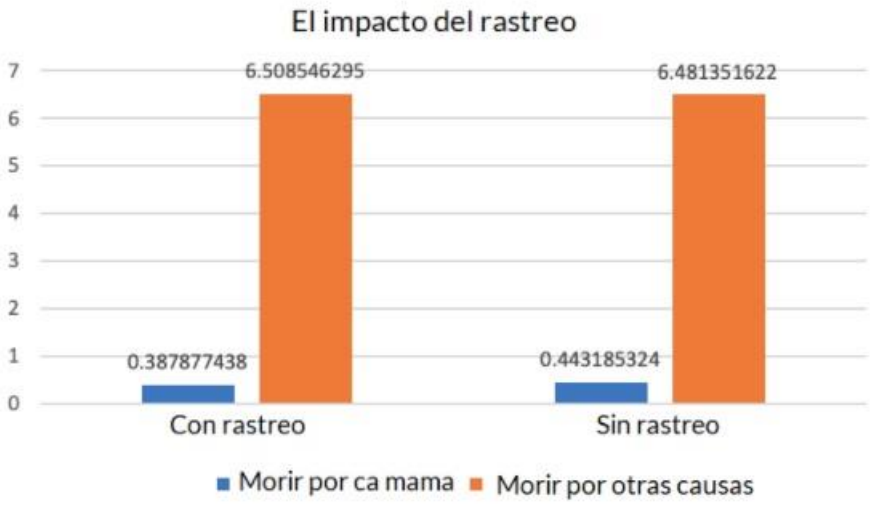
El estudio fue financiado por el programa de Evaluación de Tecnología de la Salud del Instituto Nacional de Investigación en Salud, y el resultado primario fue mortalidad por cáncer de mama diagnosticado antes de la primera mamografía del programa de rastreo del NHS.

Hallazgos del seguimiento

El rastreo se llevó a cabo en 23 unidades de rastreo mamario en Gran Bretaña, y las mujeres fueron seguidas durante una mediana de 22,8 años.
A los 10 años de seguimiento, el estudio encontró 83 muertes por cáncer de mama entre las 53.883 mujeres en el grupo de detección temprana, en comparación con 219 en el grupo control de 106.953 mujeres, 25% de reducción de la mortalidad por cáncer de mama (RR 0,75 (IC 95%: 0,58 a 0,97); p= 0,029). Un intervalo de confianza amplio con un valor cercano al 1.

Sin embargo, después de 10 años de seguimiento no se observó una reducción significativa, 126 muertes (detección temprana) vs 255 muertes (control), RR: 0,98 (0,79 a 1,22); *p* = 0,86). En general, el número de muertes por cada 10.000 mujeres fue 16 en el grupo rastreo 40-49 años y 21 en el grupo control.

VinayPrasad, profesor asociado de la Universidad de California en San Francisco, escribió en una editorial del BMJ: “Salvar vidas significa que las mujeres, como resultado de hacer esto, viven más que las que no lo hacen. Pero esto no fue lo que ocurrió con estos datos y agregó que de hecho fue todo lo contrario, dado que no hubo diferencias de mortalidad por todas las causas entre los grupos (ver fig.)



El estudio reclutó a mujeres de finales de la década del ´90, cuando es posible que la mamografía no fuera tan eficaz como en la actualidad. No hubo diferencia significativa en todas las causas de mortalidad entre los dos grupos al final del seguimiento: 3507 muertes en el grupo de intervención vs 6932 muertes en el grupo de control (RR 1,01 (0,96 a 1,05); *p* = 0,66).

Un comunicado de prensa que promocionaba el estudio tenía el titular: "Las mujeres que se someten a mamografía desde los 40 años salvan vidas".
Stephen Duffy, el investigador principal de la Universidad Queen Mary de Londres, fue citado diciendo: "Esto es un seguimiento a muy largo plazo de un estudio que confirma que el rastreo en mujeres menores de 50 años puede salvar vidas...
Ahora realizamos pruebas de detección más a fondo y con mejores equipos que en la década del ´90, cuando este ensayo tuvo lugar, por lo que los beneficios pueden ser mayores de lo que hemos visto en este estudio".

Mejoras en el tratamiento

Sin embargo, VinayPrasad, escribió en el BMJ: "Es decepcionante ver que los autores de este estudio continúan promoviendo una retórica engañosa". Añadió: “Los autores notan una reducción muy pequeña en la muerte por cáncer de mama, tan pequeña no afecta la muerte por ningún motivo. Es muy posible que las muertes por cáncer de mama sean el resultado de codificación errónea de la muerte (no es una ciencia exacta) o que los daños de la detección y sus procesos posteriores nieguen el beneficio".

Karsten Juhl Jørgensen, director interino del Centro Nórdico Cochrane en Copenhague, dijo a The BMJ: “Desde que se inició el ensayo, la mortalidad por cáncer de mama en el Reino Unido en el rango de edad incluido se redujo a la mitad debido a importantes mejoras en el tratamiento, incluida la centralización y especialización de la atención, así como un mejor tratamiento sistémico... Es imposible decir en este momento cómo impactan estos logros históricos de la terapia del cáncer de mama en el posible beneficio del rastreo, pero podemos estar razonablemente seguros de que cualquier beneficio en términos absolutos será menor hoy, ya que simplemente hay sustancialmente 'menos vidas que salvar'".

Originalmente se había planeado que el ensayo incluyera 195.000 participantes, pero el número se revisó en vista del reclutamiento lento.

Jørgensen dijo: “Como las 160.000 mujeres inscriptas en este estudio no fueron suficiente para mostrar cualquier diferencia en la mortalidad general, los resultados no pueden pueden utilizarse para concluir que "se salvaron vidas". “El estudio nos dice muy claramente que cualquier beneficio del rastreo mamario en este grupo de edad joven es muy pequeño en términos absolutos, como era de esperar, debido al riesgo inherentemente bajo de muerte por cáncer de mama antes de los 40 años. Luego debemos considerar si los costos requeridos para llevar los programas de rastreo a partir de 40 años son justificables".

Por otro lado, el 18% de mujeres en el grupo intervención experimentó resultados falsos positivos.

En comparación con el programa de detección existente, en el grupo de edad más joven, seis veces más mujeres necesitarían realizarse pruebas de detección para salvar una vida”, dijo CRUK. "Muchas mujeres recibieron resultados falsos positivos y algunas habrían sido diagnosticadas en exceso con cánceres que nunca les habrían causado daño", agregó. Esto también es costoso y debe considerarse. El impacto psicológico es alto. La falta de un grupo control al que no se les ofrezca rastreo podrá esclarecer estos hallazgos.

Más números surgidos de este estudio y para tener en cuenta:

- Número necesario para dañar por resultados falsos positivos: 6.
- Número necesario para prevenir 1 muerte por cáncer de mama desde los 40 a los 49 años: 1150.
- Número necesario a rastrear para salvar una vida: Infinito.

Referencias:

(1) Duffy S, Vulkan D, Cuckle H, etal. Effectofmammographic screening fromage 40 yearsonbreastcancermortality (UK Age trial): final resultsof a randomised, controlled trial. Lancet Oncol 2020. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30398-3. https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30398-3/fulltext. 2

(2) Miller AB. Final resultsofthe UK Age trial onbreastcancer screening age. Lancet Oncol 2020. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30428-9. https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30428-9/fulltext?rss=yes

El rastreo de cáncer de pulmón.

Publicado el 03/02/20

El año pasado comentamos el ensayo clínico **Nelson** sobre rastreo de cáncer de pulmón con TAC de dosis bajas de irradiación para reducir la mortalidad por cáncer de pulmón entre los exfumadores y los fumadores actuales. En aquél entonces eran datos preliminares.

El estudio se acaba de publicar en el NEJM (1)

Un total de 13.195 hombres (análisis primario) y 2.594 mujeres (análisis de subgrupos) entre 50 y 74 años fueron asignados aleatoriamente para realizarse a una TAC en Tiempo 0 (T0) (línea de base), año 1, año 3 y año 5.5 o sin examen.

Se obtuvieron datos sobre el diagnóstico de cáncer, la fecha y la causa de la muerte a través de los registros nacionales en los Países Bajos y Bélgica, y un comité de revisión confirmó el cáncer de pulmón como la causa de la muerte cuando era posible.

Se completó un seguimiento mínimo de 10 años hasta el 31 de diciembre de 2015 para todos los participantes y…

Resultados

Entre los hombres, la adherencia promedio al examen de TAC fue del 90.0%.

En promedio, el 9.2% de los participantes seleccionados se sometieron a al menos una TAC adicional (inicialmente indeterminada).

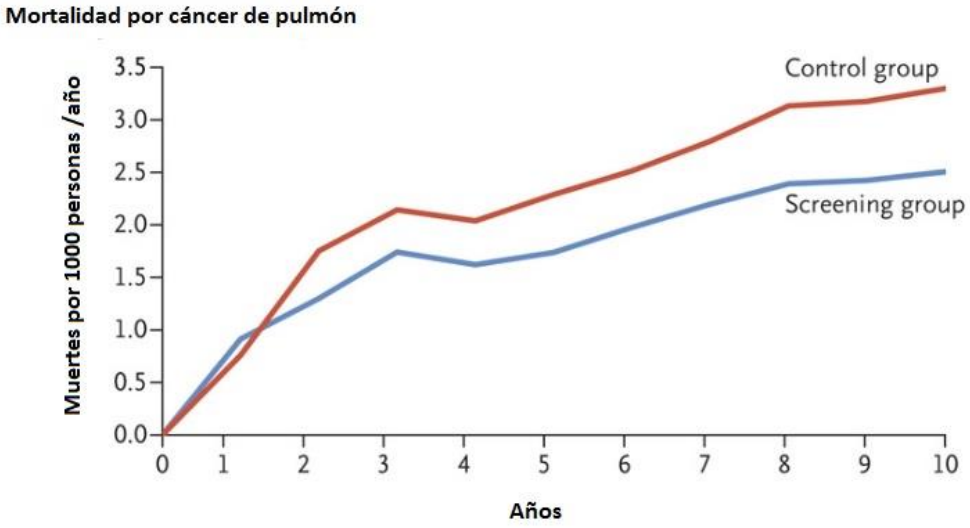
La tasa de nódulos sospechosos fue del 2,1%.
A los 10 años de seguimiento, la incidencia de cáncer de pulmón fue de
5.58 casos por 1000 años-persona en el grupo rastreo y
4.91 casos por 1000 años-persona en el grupo control

La mortalidad **por cáncer de pulmón** fue de

2.50 muertes por 1000 años-persona en el grupo **rastreo** y
3.30 muertes por 1000 años-persona en el grupo **NO rastreo**.

El OR acumulado de muerte **por cáncer de pulmón** a los 10 años fue de 0,76 (IC 95%, 0,61 a 0,94; P = 0,01) en el grupo rastreo en comparación con el grupo de control, similar a los valores en los años 8 y 9.
Entre las mujeres, el OR fue de 0,67 (IC 95%, 0,38 a 1,14) a los 10 años de seguimiento, con valores de 0,41 a 0.

Fig. 1



Conclusiones (y algunas aclaraciones):

En las conclusiones del artículo se dice:

En este ensayo en el que participaron personas de alto riesgo, **la mortalidad por cáncer de pulmón fue significativamente menor entre los que se sometieron a un examen de tomografía computarizada por volumen que entre los que no se sometieron a este examen**.

Pero…

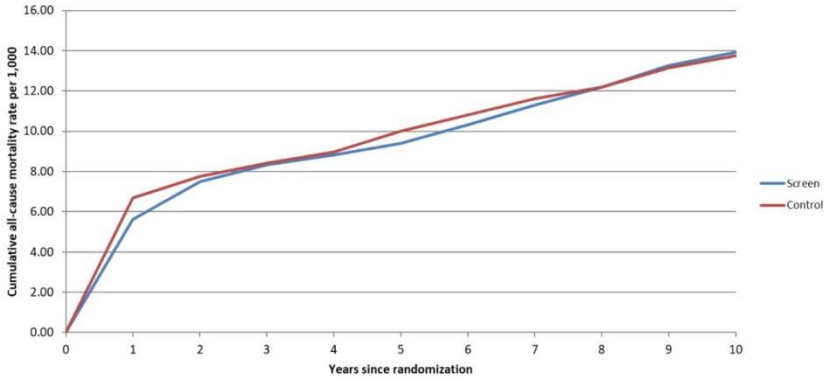
Si bien esto es así, está bueno poner la lupa en todos los datos que ofrece este estudio.

Veamos los datos de mortalidad total:

Cuando se analiza la misma (ver al final de la imagen de la tabla 4):

Table 4. Cause of Death of Deceased Male Participants at 10 Years of Follow-up or until the Data-Cutoff Date of December 31, 2015.*

Variable	Screening Group (N=868)	Control Group (N=860)	Total (N=1728)	Rate Ratio (95% CI)
		number (percent)		
Cause of death — no. (%)				
Lung cancer	160 (18.4)	210 (24.4)	370 (21.4)	0.76 (0.62–0.94)
No lung cancer after cause-of-death review, no other specification	6 (0.7)	11 (1.3)	17 (1.0)	0.55 (0.17–1.61)
Other neoplasm	318 (36.6)	289 (33.6)	607 (35.1)	1.10 (0.94–1.30)
Cardiovascular disease	189 (21.8)	181 (21.0)	370 (21.4)	1.05 (0.85–1.29)
Respiratory disease	42 (4.8)	43 (5.0)	85 (4.9)	0.98 (0.62–1.53)
Symptoms, signs, and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	37 (4.3)	20 (2.3)	57 (3.3)	1.86 (1.05–3.37)
Diseases of the digestive system	30 (3.5)	21 (2.4)	51 (3.0)	1.43 (0.79–2.63)
External causes of illness and death	24 (2.8)	19 (2.2)	43 (2.5)	1.27 (0.67–2.45)
Endocrine, nutritional, and metabolic diseases	21 (2.4)	9 (1.0)	30 (1.7)	2.34 (1.03–5.80)
Diseases of the nervous system	9 (1.0)	19 (2.2)	28 (1.6)	0.48 (0.19–1.10)
Other cause of death	26 (3.0)	28 (3.3)	54 (3.1)	0.93 (0.52–1.65)
Unknown	6 (0.7)	10 (1.2)	16 (0.9)	0.60 (0.18–1.83)
Total person-yr at risk	62,298	62,484	124,782	
All-cause mortality — deaths per 1000 person-yr	13.93	13.76	13.85	1.01 (0.92–1.11)



En la tabla de abajo se detallan los datos de mortalidad por todas las causas de muerte y mortalidad por cáncer de pulmón.

Mortalidad	Rastreo	Control	% pactes mueren con rastreo	% pactes mueren sin rastreo	Diferencia porcentual	Significante
Todas las causas	478	499	7.26	7.54	0.28	No
Cáncer de pulmón	160	210	2.43	3.17	0.74	Si

Te imaginásdecirle a un paciente:

"Si se hace estos estudios, tiene un 13% de **riesgo de muerte (10 años)**, y si NO los hace tiene un 13% de riesgo de muerte; pero su **riesgo de morir por cáncer de pulmón** variará de 3.2 a 2.4%, que puede o no ser compensado por daños de procedimientos y tratamientos."

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1911793?query=featured_home

No rastrearproblemas tiroideos en personas asintomáticas.

Publicado el 28/01/2020

La atención centrada en el paciente requiere que los médicos y los pacientes desarrollen conjuntamente un plan de atención que responda a la situación de cada paciente de manera consistente con los valores, preferenciasy prioridades del paciente, basado en la mejor evidencia disponible.

Una práctica común que puede no representar la atención centrada en el paciente es la detección de problemas tiroideos.

La **Fuerza de Tarea Canadiense** acaba de sacar una actualización sobre rastreo de enfermedad tiroidea donde **recomienda enfáticamente NO realizar detección de disfunción tiroidea**. (1)

Esta recomendación se hizo después de evaluar las limitaciones de la prueba de detección (TSH) y una evaluación cuidadosa de los beneficios, daños, costos e inconvenientes relativos de tratar vs No tratar a personas asintomáticas.

La recomendación representa un cambio en el modo de encarar la detección de disfunción tiroidea y contradice otras recomendaciones como la detección en personas mayores.

Ante una baja probabilidad previa a la prueba, la probabilidad de enfermedad tiroidea en personas asintomáticas con un resultado anormal de la prueba de TSH es muy baja.

En un estudio que siguió a pacientes ambulatorios sin enfermedad tiroidea durante 5 años, el 62% de los valores de TSH se normalizaron en pruebas posteriores sin ninguna intervención, lo que podría explicarse en parte por variaciones en la secreción de TSH.

Además, los valores de TSH también se ven afectados por medicamentos, enfermedades autoinmunes y F (+).

Otro factor que respalda una recomendación contra la detección de disfunción tiroidea en aquellos que son asintomáticos es el daño potencial de encontrar personas asintomáticas con disfunción tiroidea.

Una revisión reciente señaló que **hasta el 10% de las personas tienen niveles elevados de TSH en suero con niveles normales de hormona tiroidea circulante**.

Los estudios demuestran que el tratamiento con levotiroxina (para normalizar los niveles de TSH) no han mostrado un beneficio significativo en esta población, lo que sugiere que la TSH alta con hormona tiroidea normal, a menudo denominado *hipotiroidismo subclínico*, puede no representar disfunción tiroidea.

Sin embargo, encontrar y tratar a personas con hipotiroidismo subclínico puede haber aumentado la cantidad de recetas de levotiroxina en la última década.

En los Estados Unidos, el número de recetas de levotiroxina aumentó de 97 millones en 2007 a 120 millones en 2014, lo que hace que la levotiroxina sea elmedicamento más recetado en los Estados Unidos.

A pesar de la falta de beneficio de esta práctica común, las personas que toman levotiroxina para el hipotiroidismo subclínico probablemente se verán tomandoun medicamento que no puede tomarse al mismo tiempo que alimentos u otras drogas, y los pacientes deben asistir a más citas clínicas para el monitoreo.

A medida que disminuye el umbral para el tratamiento de la enfermedad subclínica leve con levotiroxina, también aumenta la probabilidad de complicaciones médicas iatrogénicas relacionadas con el tratamiento (p. ej. Aumenta riesgo de arritmias y fracturas en pacientes tratados con levotiroxina a una TSH suprimidacon una relación de riesgo de 1.60 [IC 95% 1.10 a 2.33] y 2.02, [IC 95% 1.55 a 2.62], respectivamente, en comparación con los tratados con levotiroxina conTSH normal).

Aunque se desconocen las tasas exactas de detección de la disfunción tiroidea a nivel de la población, las estimaciones sugieren que es una práctica común.

Un estudio de atención primaria de **Toronto encontró que el 71% de 135.243 pacientes (de edad ≥ 20 años) sin enfermedad tiroidea conocida y sinmedicación tiroidea tenían una o más resultados de TSH durante un período de 2 años**.

En el Reino Unido, se estima que **entre el 18% y el 25% de la población adulta se realiza pruebas de rutina de la función tiroidea cada año**.

Por lo tanto, al emitir una fuerte recomendación contra el rastreo de la población para la disfunción tiroidea, el grupo de trabajo puede ayudar a los médicos adejar de descubrir una gran cantidad de personas con disfunción tiroidea leve.

(1) Canadian Medical AssociationJournal, 2019-11-18, Volumen 191, Número 46, Páginas E1260-E1261

La espera interminable.

Publicado el 29/12/19

El rastreo con PSA en hombres mayores de 50 años para cáncer de próstata es una **recomendación C** según la Fuerza de Tareas de Estados Unidos.

Esto implica discutir con los pacientes sobre daños y beneficios.

En muchos países se ha abandonado el rastreo por considerar más daño que beneficio.

Un meta-análisis de 2018 demostró que NO modificó la mortalidad total ni la mortalidad específica entre rastreo vs no rastreo (https://cutt.ly/Brtc9QV**)**

Pero es innegable que muchos hombres consultan y quieren hacerse el PSA para saber si no tienen cáncer.

El siguiente es un relato de un periodista médico que ha seguido por nueve años su diagnóstico de cáncer de próstata sin realizar tratamiento alguno:

Cuando me diagnosticaron cáncer de próstata de bajo riesgo (Gleason 3 + 3) en diciembre de 2010, tenía pocas opciones.

La primer opción fue tratar la enfermedad con una prostatectomía radical (recomendada por mi primer urólogo) o con radioterapia.

Hace nueve años, casi el 94% de los hombres como yo optaron por lo que fue visto como una "cura".
Por supuesto, lo que a menudo recibía a cambio eran importantes interrupciones en el estilo de vida: incontinencia e impotencia, más un riesgo de sepsis eincluso la muerte.

Un martes vi a un urólogo que me dijo: "… Malas noticias, usted tiene cáncer. Buenas noticias, tengo el quirófano libre el próximo martes…"

Al día siguiente fui por una segunda opinión.
Un urólogo de la Universidad de Chicago dijo: "... ¿Cirugía? Mala idea. En cambio, le propongo **vigilancia activa**..."

Esto es, monitorear el crecimiento del tumor e intervenir si se vuelve agresivo.

Agregó: "… Probablemente estará en la misma condición dentro de diez años..."

En los años intermedios, ha sido interesante ver la evolución.

Inicialmente me sometí a pruebas de PSA y tacto rectal cada tres meses y luego cada seis meses.

Al principio me sometieron a biopsias aleatorias anuales. Me sentí como un alfiletero. Tuve cinco biopsias en nueve años. Tres en el primer año.

A diferencia de muchos hombres, no encuentro las biopsias particularmente dolorosas pero sí me gustaría evitarlas porque conllevan riesgos.

Hoy en día se sabe más sobre los riesgos de la vigilancia activa.

Los riesgos de las biopsias, incluyen infecciones (incluyendo sépsis) y complicaciones intestinales (perforaciones). (Ver gráfico)

¿No se puede seguir con resonancias y evitar las biopsias?

Solía pensar que iban a reemplazar las biopsias. Y algunos urólogos usan las RMN, junto con el PSA, para vigilar el cáncer de próstata y evitar biopsias.

A lo largo de este tiempo me hicieron dos resonancias: una en 2016 que no mostró lesiones y la otra en 2011 que mostró dos, al menos una de las cuales creoque fue un artificio.

Menos biopsias, para algunos.

La vigilancia activa ha evolucionado.
Ahora hay biopsias específicas es decir guiadas por lesiones sospechosas que se encuentran en una RMN.
Y el intervalo entre biopsias ha aumentado (4-5 años).

Varios expertos me han aconsejado que no haga más biopsias pero no es lo que aconseja mi urólogo personal.
La vigilancia activa, sobre todo, es un juego de espera.

Aproximadamente un tercio de los pacientes, lo sienten como una "vigilancia ansiosa" y abandonan la misma porque descubren que no pueden manejar la incertidumbre de vivir con cáncer.

Los cónyuges y amigos pueden estar instándolos a estar "seguros" y extirpar el cáncer.
Un tercio abandonó porque la vigilancia ha demostrado que tienen cánceres más avanzados que requieren intervención.
El tercio restante pasa a vivir sus vidas y muere de algo diferente al cáncer de próstata.
La espera tiene una diferencia, los hombres en vigilancia activa para la enfermedad de bajo riesgo o de riesgo intermedio (Gleason 3 + 4), suelen olvidar que lavigilancia activa puede hacernos ganar tiempo a medida que surgen nuevas estrategias y nuevas tecnologías.

En la actualidad, en Estados Unidos, entre el 30% y el 50% de los hombres recién diagnosticados con cáncer de próstata de bajo riesgo optan por vigilanciaactiva.

Eso es mucho más que el 6% en 2010, pero palidece ante el **casi 90% que lo hace en Suecia**.

Hoy en día, muchos pacientes aceptan la idea de que necesitan eliminar el cáncer de próstata sin importar el costo,incluso si es un tumor de crecimiento lento y no amenazante, en lugar de aprender a coexistir con este cáncer a menudo benigno.

En los Estados Unidos, más de 40.000 hombres al año son diagnosticados con cáncer de próstata de bajo riesgo y continúan con vigilancia activa.

Un número similar todavía opta apresuradamente por la cirugía o la radiación sin tomar conciencia que posponer el tratamiento puede ser lo mejor para ellos.

Si bien aparecen nuevos métodos terapéuticos, Bert Vorstman, un urólogo de Coral Springs, Florida, crítico desde hace mucho tiempo la "industria del cáncerde próstata".

"... No existe un tratamiento para el cáncer de próstata, radical o focal, que tenga evidencia objetiva de seguridad y beneficios porque ninguno se ha llevadoa cabo en hombres adecuadamente estratificados según grado / puntaje de Gleason y el volumen del tumor o se han estudiado suficientes años como para sacar conclusiones…".

Cancer de próstata

Detección temprana de cancer de próstata por PSA y TR en hombres de 50 o más años en 11 años de seguimiento

	1000 hombres sin rastreo	1000 hombres con rastreo
Beneficios		
¿Cuántos mueren de ca de próstata?	7	7
¿Cuántos mueren de otras causas?	210	210
Daños		
¿Cuántos sin ca tienen un resultado F (+) y una biopsia?	----	160
¿Cuántos fueron diagnosticados y tratados por cancer de próstata innecesariamente?	----	20

Howard Wolinsky es un periodista médico

Tiene un blog en MedPageToday sobre sus experiencias con la vigilancia activa del cáncer de próstata de bajo riesgo desde febrero de 2016.

https://www.medpagetoday.com/special-reports/apatientsjourney/84106

Rastreo de Aneurisma de aorta abdominal.

Publicado el 19/12/19

La Fuerza de Tareas de Estados Unidos acaba de actualizar las recomendaciones para el rastreo de Aneurisma de aorta abdominal.

Aquí la síntesis de las mismas.

Publicado en Diciembre 2019

Población	Recomendación	Grado
Hombres de 65 a 75 años que alguna vez fumaron.	Recomienda el rastreo con ecografía por única vez.	B
Hombres de 65 a 75 años que nunca fumaron.	El beneficio de rastrear aneurisma abdominal en la población que nunca fumó tiene un beneficio neto pequeño. Recomendar selectivamente a algunas personas. NO rastreo de rutina a este grupo en particular.	C
Mujeres que nunca fumaron.	Recomendación en contra del rastreo a mujeres que nunca fumaron.	D
Mujeres de 65 a 75 años que alguna vez fumaron.	La evidencia actual es insuficiente para valorar el beneficio del rastreo y el daño del mismo ya sea para las mujeres que fumaron como las que tienen antecedentes familiares.	I

Vacunas

Vacunaantisarampionosa (Nuevas recomendaciones)

Publicado el19/01/20

Incluyen indicaciones para los residentes de Argentina que viajen a la Ciudad de Buenos Aires y a las cuatro regiones de la provincia de Buenos Aires: V, VI, VII y XII afectadas por el brote, y para quienes vayan al exterior.
Se enfatizan las recomendaciones de vacunación vigentes en todo el país ante las vacaciones de verano y el riesgo que implica la movilización de personas en la temporada.

- **Niños menores de 6 meses de vida**: se sugiere aplazar y/o reprogramar el viaje, puesto que en ellos la vacuna triple viral está contraindicada y es el grupo etario de mayor vulnerabilidad.

- **Niños de 6 a 11 meses de vida**: deben recibir UNA DOSIS de vacuna doble viral o triple viral considerada "dosis cero", ya que esta dosis no debe ser tenida en cuenta como esquema de vacunación de calendario.

- **Niños de 12 meses**: Deben recibir UNA DOSIS correspondiente al calendario.

- **Niños de 13 meses a 4 años inclusive**: deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna triple viral.

- **Mayores de 5 años, adolescentes y adultos**: deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna con componente contra el sarampión (monovalente, doble o triple viral) aplicada después del año de vida o confirmar a través de un estudio de laboratorio la presencia de anticuerpos contra sarampión.

- **Embarazadas**: acreditar al menos dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso aplicada después del año de vida o confirmar a través de un estudio de laboratorio la presencia de anticuerpos contra sarampión. Se desaconseja viajar a las embarazadas sin antecedentes comprobables de vacunación o sin anticuerpos contra el sarampión.

- **Personas nacidas antes de 1965 no requieren vacunación porque son consideradas inmunes**.

Estas medidas se adoptaron en el marco de una exhaustiva evaluación de la dinámica del brote de sarampión que cursa nuestro país, son recomendaciones dinámicas que pueden variar en función de la evolución de la situación epidemiológica.

https://cutt.ly/SrSy0aH

Parálisis del plexo braquial neonatal.

Publicado el 10/11/20

A pesar de los avances en la técnica quirúrgica de la parálisis del plexo braquial neonatal (NBPP por su sigla en inglés), que facilitan tratamientos seguros y confiables, la práctica habitual no se ha modificado sustancialmente y algunos niños podrían permanecer con déficits persistentes.

Los paradigmas antiguos, pero predominantes, pregonan las siguientes aseveraciones: "toda parálisis del plexo braquial neonatal se recupera", "esperar un año para ver si se produce la recuperación" y "no mover el brazo". Sin embargo, en la actualidad algunos especialistas creen que la práctica de estos principios coloca a los pacientes en desventaja. El interés de esta revisión es proporcionar una actualización sobre el manejo de la NBPP para reemplazar las creencias antiguas con nuevos abordajes.

Es elemental subrayar algunos conceptos. Los cambios del músculo denervado comienzan en el mismo momento de la lesión pero solo se vuelven irreversibles a los 18 a 24 meses, si es que no hubo reinervación previa.
Estos cambios irreversibles sensibles al tiempo son la base científica de las nuevas recomendaciones que cuestionan los viejos paradigmas y promueven el manejo temprano de la NBPP. En esta línea, la derivación temprana se ha vuelto cada vez más importante.

Esto es esencial en pacientes seleccionados, es decir en aquellos con pocas probabilidades de recuperarse adecuadamente con un manejo conservador en los cuales la evidencia respalda mejores resultados con tratamientos quirúrgicos en comparación con la historia natural. Las opciones de cirugía de nervios primarios ahora incluyen reparación de injertos de nervios y transferencia de nervios.

Sin embargo, a pesar que los datos acumulados respaldan la seguridad y la eficacia de la cirugía del nervio primario para pacientes con NBPP persistente, este tratamiento sigue siendo infrautilizado.

Igualmente, la cirugía es solo una parte de la atención multidisciplinaria de NBPP. La remisión temprana y la implementación de estrategias multidisciplinarias brindan a dichos niños la mejor oportunidad de recuperación. Por esto es que los médicos de atención primaria, los neurocirujanos, los fisiatras y los fisioterapeutas ocupacionales deben asociarse y cuestionar los paradigmas actuales para brindar una atención de mejor calidad a los recién nacidos y niños afectados por la PNB.

Artículo completo disponible en: JAMA Pediatr. 2018; 172 (6): 585-591. doi: 10.1001 / jamapediatrics.2018.0124

Puntos de corte en HTA infantil.

Publicado el 07/11/20

La hipertensión arterial (HTA) es una de las condiciones que se bate a duelo entre aquellos que se esfuerzan en afilar un diagnóstico precoz y los que pregonan que es un motivo más de sobrediagnóstico.

Las definiciones de HTA en los adultos variaron mucho en los últimos años. Si bien se acepta que 2 mediciones iguales o mayores a 140/90 mmHg definen la HTA, ahora se tienen en cuenta las situaciones de estrés que presentan los pacientes en los centros de salud y que pueden alterar los registros de presión. Las metodologías alternativas incluyen el "holter de presión arterial", el monitoreo ambulatorio con tensiómetros homologados y el monitoreo domiciliario con tensiómetros no homologados. Todas estas opciones siguen siendo igualmente grandes motivos de discusión. No solo no hay acuerdos sino que coexisten diferentes interpretaciones sobre el valor que las distintas especialidades médicas le dan a la HTA.

En los adultos, los valores de HTA fueron definidos en base a los resultados de estudios observacionales y a grandes ensayos clínicos con terapias antihipertensivas. Además, en tiempos no muy lejanos, en el afán de "protegerlos" de este factor de riesgo, se propusieron condiciones como la prehipertensión. Esto clasifica a las personas en un grupo de individuos con más riesgo de ser hipertensos en el futuro pero sin tener daño alguno en el presente. Sin embargo, este "encasillamiento medicalizador" sí termina generando sufrimiento en el presente porque a muchos individuos saberse prehipertensos los hace sentir enfermos.

Y, hasta ahora, en el mundo de la atención de los niños no existía tanta discusión.

Es sabido que los valores para clasificar a los niños como hipertensos cambian de acuerdo al sexo, a la edad y a la talla del individuo. En Gran Bretaña, los percentilos (PC) de presión arterial (PA) de referencia para individuos de entre 4 y 23 años se basan en datos demográficos obtenidos de 7 encuestas nacionales que registraron 3 mediciones de PA. Ellos definen prehipertensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) o la presión arterial diastólica (PAD) se encuentra entre el PC 91 y 98 para la edad y consideran al niño hipertenso cuando los valores superan el PC 98.

Por otro lado, en las directrices de la Asociación Americana de Pediatría (AAP) de 2017, las tablas de PA se generaron con datos exclusivamente de niños con peso normal, excluyendo las mediciones de aquellos con sobrepeso y obesidad, que anteriormente sí se incluían en las bases de datos. Como resultado, los valores de presión arterial son varios mmHg más bajos que en las tablas similares publicadas previamente por el NHBPEP (sigla por su nombre en inglés, National High BloodPressureEducationProgram).

Entonces, para la AAP la definición actual divide a los niños en 2 bandas:

Niños de 1 a 13 años:
a) valores de presión arterial normal serán todos aquellos que para el sexo y la edad sean menores al PC 90;
b) valores de presión elevada o prehipertensión serán los mayores al PC 90 y menores al PC 95;

c) HTA estadio 1 se define con valores de PAS y/o PAD mayores o iguales al PC 95 y menores al PC 95 + 12 mmHg o entre 130/80 a 139/89 mmHg (lo que sea menor) y
d) HTA estadío 2 se define como PAS y/o PAD mayores o iguales al PC 95 + 12 mmHg o a 140/90 mmHg (lo que sea menor).

Niños mayores de 13 años:
a) valores de presión arterial normal serán todos aquellos menores de 120/80 mmHg;
b) valores de prehipertensión serán los registros de PAS entre 120 y 129 mmHg con una PAD menor de 80 mmHg;
c) HTA estadío 1 se define con registros entre 130/80 y 139/89 mmHg y
d) HTA estadio 2 se define con valores mayores o iguales a 140/90 mmHg.

Las definiciones actuales de prehipertensión e hipertensión en niños se basan en mediciones repetidas en 3 encuentros clínicos separados.

Es importante también destacar un estudio de cohorte multicéntrico y retrospectivo que utilizó registros médicos electrónicos de casi 400.000 niños que se sometieron a tomas de PA de rutina en visitas de atención primaria.
La mayoría de los niños que cumplieron con los criterios de HTA (n=1881) o de PA elevada (n=2144) se basaron en 3 o más mediciones durante 36 meses. Lo sorprendente es que el 70% de los prehipertensos y el 50% de los definidos como HTA tuvieron una PA normal durante un segundo período consecutivo de 36 meses.
Las limitaciones del estudio incluyen el pequeño número de individuos que tenían 3 o más mediciones longitudinales de la PA, la incapacidad de verificar si las mediciones de la PA se realizaron de manera adecuada y si se implementaron intervenciones, como cambios en el estilo de vida, entre ambos períodos mencionados.

Por lo tanto, si más estudios verifican estos resultados, es posible que sea necesario modificar los criterios diagnósticos de HTA pediátrica y se incluya a la monitorización de la PA durante un período de tiempo largo antes de establecer un diagnóstico definitivo.

Bibliografía:

- Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM y col. Guía de práctica clínica para la detección y el tratamiento de la presión arterial alta en niños y adolescentes. Pediatría 2017; 140.
-Falkner B, Gidding SS, Portman R, Rosner B. Variabilidad de la presión arterial y clasificación de la prehipertensión y la hipertensión en la adolescencia. Pediatrics 2008; 122: 238.
- Jackson LV, Thalange NK, Cole TJ. Centiles de presión arterial para Gran Bretaña. ArchDis Child 2007; 92: 298.
- Kaelber DC, Localio AR, Ross M, et al. Hipertensión persistente en niños y adolescentes: un estudio de cohorte de 6 años. Pediatría 2020; 146.

Introducción precoz de alimentos y obesidad.

Publicado el 03/11/20

La obesidad infantil ha incrementado su prevalencia en los últimos 30 años en todo el mundo. En la actualidad, entre las epidemias de enfermedades no transmisibles en todo el mundo, co-existen la desnutrición, fundamentalmente en los países más pobres, y la obesidad que, si bien no reconoce diferencias de riqueza, también tiene acento en los menos desarrollados. Se cree que el aumento de la obesidad acarrea el incremento de las morbilidades cardiovasculares (como hipertensión y diabetes). También muchos trabajos demuestran que la presencia de obesidad infantil aumenta el riesgo de la obesidad en la vida adulta.

Quienes estudian la etiología de la obesidad coinciden que las variables son múltiples: disminución del movimiento y de la práctica de ejercicios o deportes, gran cantidad de horas diarias en actividades sedentarias como los videojuegos u otros dispositivos digitales, consumo de comidas de alto valor calórico y/o de bebidas azucaradas, enfermedades endócrinas o hipotalámicas, consumo de ciertos medicamentos (corticoides, antidepresivos, antipsicóticos, etc), algunos perfiles genéticos, la reciente aparición variables menores (por ser más nuevas) como virus, toxinas o cambios de la flora intestinal, patrones de conductas familiares, etc. En el otro extremo, es contundente la evidencia de que la lactancia materna sostenida hasta los 6 meses de forma exclusiva es un factor protector de la obesidad.

La introducción de alimentos en niños y el momento más propicio para realizarlo es toda una discusión. Arrastra controversias sobre el aumento o la disminución del riesgo de desarrollar alergias alimentarias y también sobre el riesgo de desarrollar obesidad infantil.

El siguiente trabajo intenta estudiar la relación entre los diferentes momentos de introducción de alimentos semisólidos con la adiposidad en la infancia. Se resume lo más importante.

Objetivo: examinar las asociaciones del momento de la introducción de la alimentación complementaria (AC) con la adiposidad durante la infancia.

Métodos:
Se estudiaron 1013 niños del Project Viva.
La intervención consistió en la introducción de alimentos tipo papillas y se formaron las siguientes categorías: niños menores de 4 meses de edad (19%), niños de entre 4 a 6 meses (68%; grupo de referencia) y niños mayores o iguales a 6 meses (14%).
Los resultados incluyeron medidas de adiposidad en la mediana edad (media: 7.9 años; DE 0.8; n = 896) y la adolescencia temprana (media: 13.2 años; DE 0.9; n = 850).
Se usaron modelos de regresión lineal ajustados para los posibles factores de confusión y se usaron modelos separados para bebés que fueron amamantados al menos en parte 4 meses o más (69%; categorizados como “amamantados”) y bebés que nunca fueron amamantados o dejaron de amamantar antes de los 4 meses (31%; categorizados como “alimentados con fórmula”).

Resultados:
La AC iniciada antes de los 4 meses se asoció con una mayor adiposidad en la mitad de la infancia en los niños amamantados. Esta asociación persistió en la adolescencia para la circunferencia de la cintura, la masa grasa del tronco y la suma de los pliegues cutáneos subescapular y tríceps. Las

estimaciones del efecto fueron mayores en los niños alimentados con fórmula y también persistieron hasta la adolescencia. La AC iniciada a los 6 meses o más se asoció con una mayor proporción de pliegues cutáneos subescapular/tríceps en la mediana edad y la adolescencia en niños alimentados con fórmula.

Conclusiones:
Se encontraron asociaciones entre la introducción temprana de AC con mayores mediciones de adiposidad en todos los niños (amamantados y alimentados con fórmula) y entre la introducción tardía de AC con mayor adiposidad solo en aquellos alimentados con fórmula.

Bibliografía

-*Gingras V, Aris IM, Rifas-Shiman SL, et al. Timing ofcomplementaryfeedingintroduction and adipositythroughoutchildhood. Pediatrics. 2019;144(6):e20191320*.

-Ogden CL, Fryar CD, Martin CB, et al. Tendencias en la prevalencia de la obesidad por raza y origen hispano-1999-2000 a 2017-2018. JAMA 2020; 324: 1208.

-GBD 2015 ObesityCollaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, et al. Efectos del sobrepeso y la obesidad en la salud en 195 países durante 25 años. N Engl J Med 2017; 377: 13.

-Mead E, Batterham AM, Atkinson G, Ells LJ. Predicción del estado de peso futuro a partir de mediciones realizadas en la primera infancia: un enfoque longitudinal novedoso aplicado a los datos del Estudio de cohortes del milenio. Nutr Diabetes 2016; 6: e200.

-Rundle AG, Factor-Litvak P, Suglia SF, et al. Seguimiento de la obesidad en la infancia hasta la edad adulta: efectos sobre el índice de masa corporal y el índice de masa grasa a los 50 años. Obesidad infantil 2020; 16: 226

El niño con apneas del sueño.

Publicado el 23/10/20

El síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHOS) está presente en el 2 al 5% de la población infantil.

Durante el sueño se produce una obstrucción parcial y prolongada o completa e intermitente de la vía aérea superior.
Esto interrumpe la ventilación y altera los patrones normales del sueño.
El síntoma más frecuente es el ronquido pero, la presencia de estos no siempre se relaciona con las apneas.
En los casos severos, el niño puede manifestar fallas de la atención y la conducta, disminución del rendimiento intelectual, somnolencia diurna, retraso del desarrollo psicomotor, falta de crecimiento, hipertensión arterial o corpulmonale.

Se reconocen muchos motivos etiológicos entre ellos la hipertrofia adenoideo-amigdalina, las malformaciones craneofaciales, las enfermedades neurológicas y la obesidad.

En relación a los estudios complementarios, la solicitud de polisomnografías se ha incrementado en las últimas décadas.
Esto favoreció el sobretratamiento con CPAP y amigdalectomías.
La Task-Force europea, la Asociación Americana de Pediatría y otras entidades recomiendan el tratamiento solo cuando se encuentran más de 5 apneas por hora, independientemente de la presencia de morbilidades.

La adenoamigdalectomía suele ser la intervención de primera línea para los niños con SAHOS grave.
Sin embargo, no está claro cuál es el mejor enfoque para los pacientes con grados menores. En un reciente ensayo aleatorizado de 60 niños de 2 a 5 años con SAHOS leve a moderado, los asignados a la adenoamigdalectomía tuvieron mejoras significativas en la calidad de vida en comparación con los asignados a la rama conducta expectante.
El subgrupo de niños con SAHOS moderado también tuvo una modesta mejoría en la cantidad de apneas e hipopneas después de la intervención quirúrgica. Aunque la interpretación de estos resultados está limitada por el pequeño tamaño muestral, los datos son consistentes con los hallazgos en niños mayores. Sin embargo, hasta que haya más pruebas disponibles, la conducta expectante por 6 meses es una opción razonable.

Bibliografía

-Fehrm J, Nerfeldt P, Browaldh N, Friberg D. EffectivenessofAdenotonsillectomy vs WatchfulWaiting in Young ChildrenWithMildtoModerateObstructiveSleep Apnea: A RandomizedClinical Trial. JAMA Otolaryngol Head NeckSurg 2020; 146:647.

-Alonso-Álvarez ML, Canet T, Cubell-Alarco M, Estivill E, Fernández-Julián E, Gozal D, et al. Documento de Consenso del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en niños (versión completa). ArchBronconeumol. 2011; 47: 2-18.

-Kaditis AG, Alonso-Álvarez ML, Boudewyns A, Alexopoulos EI, Ersu R, Joosten K, et al. Obstructivesleepdisorderedbreathing in 2- to 18-year-old children: diagnosis and management. Task-ForceReport. ERS Statement. EurRespir J. 2016; 47: 69-94. doi: 10.1183/13993003.00385-2015. Epub 2015 Nov 5. PMID: 26541535.

-Marcus CL, Moore RH, Rosen CL, Giordani B, Garetz SL, Taylor HG, et al. ChildhoodAdenotonsillectomy Trial (CHAT). A randomized trial ofadenotonsillectomyforchildhoodsleep apnea. N Engl J Med. 2013; 368: 2366-76. doi: 10.1056/NEJMoa1215881. Epub 2013 May 21. PMID: 23692173.

-Academia Estadounidense de Medicina del Sueño.

Infección urinaria febril en el lactante.

Publicado el 13/10/20

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se encuentran entre las enfermedades infecciosas más frecuentes de los lactantes y su manejo se modificó numerosas veces durante las últimas décadas. A finales del siglo 20, a cada niño diagnosticado se le hacía cistouretrografía miccional retrógrada, ecografía o centellograma renal y se le indicaba profilaxis con antibióticos durante meses o años.

Esto cambió casi por completo con la llegada de las ecografías en el embarazo, en donde puede detectarse la ausencia o la presencia de patología anatómica o funcional de las vías urinarias en etapa prenatal.

También hoy en día se conoce que la gran mayoría de las ITU se presentan de forma aislada, sin factores de riesgo para padecerlas y que resuelven sin tratamiento invasivo y con poca incidencia de complicaciones (cicatrices, daño renal o hipertensión arterial). Por el contrario, las ITU recurrentes sí son más frecuentes en niños con alteraciones de las vías urinarias (reflujo vesicoureteral severo, por ejemplo).

En la actualidad, sin embargo, la Sociedad Americana de Pediatría continúa recomendando ecografía renal y vesical en todos los niños de 2 a 24 meses después de su primer episodio de ITU, aunque menos del 1% diagnostiquen alguna anomalía genitourinaria no evidenciada en los estudios prenatales.

Los autores del trabajo a presentar se propusieron **evaluar la costo-efectividad** de la ecografía renal y vesical luego un primer episodio de ITU febril en un lactante de entre 2 y 24 meses. Desarrollaron un **modelo analítico** de decisiones que simula una población de niños después de una primera ITU febril.

El modelo asume la utilidad diagnóstica de la ecografía para detectar reflujo vesicoureteral y anomalías genitourinarias.
Adoptaron la perspectiva del sistema de salud, en un horizonte de 5 años.
Los costos se calcularon a valor de U$S de 2018.

Compararon la ecografía urinaria después de la primera ITU (rama intervención) versus practicarla después de la segunda ITU (rama control).

Los **outcomes principales** fueron la tasa de ITU recurrente y el costo incremental por año de vida ajustado por calidad (AVAC).

En resumen, los **resultados encontrados** con el modelo fueron:
1) entre los niños de 2 a 24 meses después de una primera ITU febril, se necesitaría hacer ecografía a 91 pacientes para prevenir 1 UTI recurrente. Realizar este estudio en el primer episodio aumenta los AVAC en +0.0002 por paciente examinado, lo que corresponde a una relación costo-efectividad incremental de U$ 803000/AVAC ganado y
2) en la rama intervención, el 20.6% de los niños recibirían cistouretro-grafías miccionales innecesarias en comparación con el 12.2% de los niños del grupo de control.

El estudio **concluyó** que realizar una ecografía después de una primera ITU febril en niños de 2 a 24 meses no cumple con las pautas de costo-efectividad. Los hallazgos apoyan el cribado diferido hasta una segunda ITU.

Se puede acceder al artículo original presentado aquí en:

Gaither TW, Selekman R, Kazi DS, Copp HL. Cost-Effectivenessof Screening Ultrasound after a First, FebrileUrinaryTractInfection in Children Age 2-24 Months J Pediatr. 2020;216:73-81.e1

El niño con marcha en puntas de pie.

Publicado el 29/09/20

La **marcha idiopática en puntas de pie** implica a niños sanos que persisten en caminar sobre los dedos de los pies más allá del punto en el que normalmente deberían lograr un patrón de marcha talón-dedo del pie, cuando se han excluido causas específicas.

La marcha idiopática de puntillas es común y afecta hasta al 5% de los niños (Engström y Tedroff, 2012), ¡y los niños representan alrededor de una cuarta parte del mundo!

Que sus niños caminen de puntillas es motivo de preocupación para los padres y los profesionales de la salud. Las consecuencias a largo plazo, si no se trata, no están claras, lo que limita la evidencia disponible para respaldar las terapias que "mejoren" la marcha.

Los padres suelen estar interesados en cualquier intervención que pueda ayudar a su hijo. Para los niños con una causa específica, como una discapacidad neurológica, neuromuscular u ortopédica, se pueden realizar más investigaciones y tratamientos. Los tratamientos pueden variar desde técnicas y ejercicios de fisioterapia, calzado, plantillas, férulas y yesos hasta cirugías más especializadas o inyección de toxina botulínica (BTX) en los músculos de la pantorrilla.

Todas las intervenciones están dirigidas en gran medida a mejorar el movimiento restringido del tobillo y pueden ser invasivas, intensivas y costosas, y deben basarse en pruebas para el beneficio de los niños, los padres y los sistemas sanitarios.

Una revisión Cochrane publicada en octubre de 2019 (1) esperaba examinar el efecto de las intervenciones conservadoras y quirúrgicas para la marcha idiopática en puntas del pie en niños que la sostuvieran durante al menos seis meses, principalmente en la normalización del patrón (los niños que caminan de puntillas menos de la mitad del tiempo, percibido por sus padres), junto con la exploración de mejoras en el rango de movimiento en el tobillo y el dolor, los efectos adversos del tratamiento y la recurrencia de la marcha de puntillas.

¿Cuál era la evidencia antes de la revisión Cochrane?

Una revisión sistemática no Cochrane de 2014 (2) sobre el tratamiento de la marcha idiopática con los dedos de los pies encontró solo un ensayo controlado aleatorizado, que se consideró como evidencia de alto grado, y 18 estudios observacionales, considerados como evidencia de bajo grado. Más de la mitad de los estudios fueron retrospectivos y la mayoría incorporaron tamaños de muestra pequeños, lo que genera un riesgo sustancial de sesgo.

En ese momento se describieron varios programas de tratamiento y diferentes períodos de seguimiento y, aunque se sugirió que la evidencia preliminar estaba a favor de un beneficio del uso en serie de yesos, cirugía y toxina botulínica (BTX), se consideró en general que la calidad de la evidencia era, en general, pobre.

¿Qué encontró la revisión Cochrane?

Inicialmente se incluyeron cuatro ensayos. Dos estudios que examinaron el uso de calzado, férulas y ejercicios con y sin inyección de BTX tuvieron datos insuficientes para el análisis y uno, que examinó las ortesis, careció de datos de seguimiento adecuados, lo que dejó un solo estudio para usar para la extracción de datos.
Este estudio fue un ensayo aleatorio, controlado, de grupos paralelos con 47 niños que investigó la inyección de BTX seguida de yeso en serie versus yeso solo. Los autores de la revisión encontraron evidencia de certeza muy baja para todos los resultados. Ambos grupos de niños habían mejorado desde el inicio a los 12 meses de seguimiento sin pruebas claras de una diferencia entre las ramas de intervención. También hubo poca o ninguna evidencia de una diferencia en el rango de movimiento del tobillo o en la recurrencia de caminar con los dedos de los pies entre los dos grupos de niños.
No hubo evidencia de una diferencia en los eventos adversos entre los grupos y no llevaron a la interrupción del tratamiento en ningún niño. Se informó dolor en la pantorrilla en 2 niños del grupo de yeso solo y 3 en el grupo de yeso más BTX con 3 problemas cutáneos menores en cada uno.

¿Cuál es el resultado final?

La revisión Cochrane ha destacado una decepcionante falta de evidencia confiable para informar las opciones sobre los tratamientos para la marcha idiopática de puntillas. La evidencia de certeza muy baja para la intervención en la marcha idiopática con los dedos del pie de un solo estudio pequeño significa que los efectos del tratamiento siguen siendo inciertos.

¿Qué sigue?

Esta revisión destaca la necesidad insatisfecha de estudios controlados aleatorios, bien diseñados y de alta calidad de los tratamientos comúnmente empleados con un seguimiento adecuado para guiar las intervenciones para los niños con marcha idiopática de puntillas.

En Brasil se está llevando a cabo un ensayo controlado aleatorio ciego (3) que investiga el efecto de las técnicas de fisioterapia, incluido el fortalecimiento muscular en niños con marcha idiopática de dedos de los pies, y los resultados de esto pueden contribuir a la base de conocimientos actual.

El artículo completo se encuentra disponible

https://www.evidentlycochrane.net/idiopathic-toe-walking/

Referencias

(1) https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012363.pub2/full
(2) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25223807/
(3) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31568387/

El Hipotiroidismo subclínico en niños.

Publicado el 30/07/20

El hipotiroidismo subclínico (HS) se define como los niveles séricos de hormona estimulante de la tiroides (TSH) por encima del límite superior con concentraciones normales de T4 libre (T4L).

Su gestión sigue siendo un reto. Esta situación ocurre en menos del 3% de los niños y adolescentes pero es motivo de preocupación para los padres y los médicos de atención primaria y representa una causa frecuente de derivación a un endocrinólogo pediátrico.
El curso natural del HS idiopático no está claro. La mayoría de los pacientes normalizan los valores de TSH y un pequeño porcentaje progresa a hipotiroidismo manifiesto.

El riesgo de progresión a hipotiroidismo manifiesto depende de la causa de HS con alto riesgo en formas autoinmunes.

Faltan estudios concluyentes que determinen si estos niños con HS podrían beneficiarse del tratamiento con levotiroxina.

Tampoco existe relación certera entre el HS y los trastornos metabólicos a los que clásicamente se los ha asociado, como la obesidad, trastornos del crecimiento y/o desarrollo, y no hay estudios prospectivos que aclaren esta situación aún.

El **objetivo** del estudio fue evaluar los hallazgos clínicos y de laboratorio, así como el curso clínico de los niños con HS seguidos en un hospital de tercer nivel. Sesenta y cinco pacientes con edades comprendidas entre 2 y 18 años fueron estudiados retrospectivamente.

Métodos

Los pacientes fueron seguidos durante un período medio de 9 meses (rango de 6 meses a 24 meses). Los que normalizaron los niveles de TSH fueron dados de alta (Grupo 1).
Si la TSH persistió levemente elevada (5-10 µUI / mL) con T4L normal y anticuerpos antiperoxidasa o antitiroglobulina negativos, se clasificaron como Grupo 2 y se siguieron semestralmente sin tratamiento.
Aquellos pacientes cuya TSH aumentó ≥10µUI / mL o que mantuvieron TSH 5-10µUI / mL y anticuerpos positivos se consideraron adecuados para la terapia con tiroxina (Grupo 3, G3).

Resultados

En el 89% de nuestros pacientes, las concentraciones de TSH volvieron a la normalidad espontáneamente o permanecieron estables sin tratamiento (Grupos 1 y 2), mientras que menos del 11% progresaron a hipotiroidismo clínico (Grupo 3).
La TSH basal fue significativamente menor en el grupo 1 que en el grupo 3. En el grupo 3, la prevalencia del sexo femenino (71%) fue mayor y los anticuerpos TPO estaban presentes en el 85% de los pacientes. El riesgo de desarrollar hipotiroidismo manifiesto en pacientes con anticuerpos antitiroideos positivos con respecto a aquellos que normalizaron la TSH fue de 45 (IC del 95%: 6.5-312.5).

Con respecto al peso, en nuestro estudio, no se detectaron cambios significativos entre la prevalencia de obesidad al inicio del estudio y durante el seguimiento en todos los pacientes, y el IMC-SD no empeoró durante el seguimiento en ningún paciente.
Sin embargo, en el grupo G2, aquellos que persistieron con TSH 5-10µUI / mL tuvieron una mayor prevalencia de obesidad, lo que sugeriría que podría tener un papel en el aumento de los niveles de TSH.
Se cree que la TSH levemente elevada es la consecuencia de la obesidad más que la causa, como un intento de aumentar el gasto de energía, con una mejora de los parámetros de la función tiroidea al reducir el IMC, como se ha mencionado en estudios múltiples. Al contrario de lo que cabría esperar, ninguno de los pacientes con obesidad pertenecía al G3 con hipotiroidismo manifiesto.
Es una pena que el posible impacto en el crecimiento y el desarrollo intelectual no se haya evaluado en este estudio.

Conclusión

Los mejores predictores de la evolución a HS a lo largo del tiempo fueron:
-TSH basal
-Sexo femenino y
-Presencia de autoinmunidad tiroidea.

Faltan estudios prospectivos para determinar un nivel sensible y específico de TSH para predecir la progresión al hipotiroidismo.

Es importante determinar si se trata de un proceso con autoinmunidad negativa o positiva, ya que en este último caso, la probabilidad de progresión a hipotiroidismo es mayor.
Pero ante la aparición de un paciente con SH, el seguimiento sin tratamiento parece ser la estrategia más razonable.

Quedaría por evaluar también cuántos niños y familias sufrirán también por la consecuencias de la prevención cuaternaria de estos hallazgos (verdaderos positivos) que no ocasionan de por sí ningún sufrimiento.

El artículo original se encuentra aqui:

Murillo-Vallés M, Martínez S, Aguilar-Rieraz C, García Martín MA, Bel Comós J et al. Subclinicalhypothyroidism in Childhood, treatmentoronlyfollow-up? BMC Pediatrics. Published online June 16, 2020 DOI: 10.1186/s12887-020-02177-8

Nuevo algoritmo para la enfermedad celíaca.

Publicado el 25/07/20

Objetivos:

Las pautas de diagnóstico de la enfermedad celíaca (EC) ESPGHAN 2012 tenían como objetivo guiar a los médicos en el diagnóstico preciso de la EC y permitir la omisión de biopsias duodenales en casos seleccionados. Aquí, se presenta una guía actualizada y expandida basada en evidencia.

Métodos:

Se realizaron búsquedas en bases de datos de literatura y otras fuentes de información para estudios que pudieran informar sobre 10 preguntas formuladas sobre síntomas, serología, genética HLA e histopatología.
Los artículos elegibles se evaluaron utilizando QUADAS2. GRADE proporcionó una base para declaraciones y recomendaciones.

Resultados:

Se sugieren varios síntomas para la búsqueda de casos, con una contribución limitada a la precisión diagnóstica.
Si se sospecha EC, la medición de los anticuerpos IgA séricos totales, e IgA contra la transglutaminasa 2 (TGA-IgA) es superior a otras combinaciones.

Recomendamos no incluir los anticuerpos del péptido de gliadina desamidada (DGP-IgG / IgA) para las pruebas iniciales.
Solo si la IgA total es baja / indetectable, se indica una prueba basada en IgG.

Los pacientes con resultados positivos deben derivarse a un gastroenterólogo / especialista pediátrico. Si TGA-IgA es ≥10 veces superior al límite de lo normal (10 × ULN) y la familia está de acuerdo, se puede aplicar el diagnóstico sin biopsia, siempre que los anticuerpos endomisiales (EMA-IgA) resulten positivos en una segunda muestra de sangre. La determinación de HLA DQ2- / DQ8 y los síntomas no son criterios obligatorios.

En niños con TGA-IgA (+) pero con títulos inferiores a los destacados en el párrafo anterior se deberán tomar al menos 4 biopsias del duodeno distal y al menos 1 del bulbo. Los resultados discordantes entre TGA-IgA y la histopatología pueden requerir una reevaluación de las biopsias. Los pacientes sin cambios histológicos leves (Marsh 0 / I) pero con autoinmunidad confirmada (TGA-IgA / EMA-IgA +) deben seguirse de cerca.

Conclusiones: ¿Qué aporta de nuevo la actualización de la guía?

Los especialistas recomiendan usar un algoritmo que deja en un segundo nivel a los anticuerpos IgG antitransglutaminasa. Y practicamente no consideran el uso de la serología antigliadina, y de la recomendación de evaluar la presencia de HLA-B27. El diagnóstico de EC puede establecerse con precisión con o sin biopsias duodenales si se siguen las recomendaciones.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31568151/
J PediatrGastroenterolNutr. 2020 Jan;70(1):141-156.doi: 10.1097/MPG.0000000000002497.

APGAR en prematuros.

Publicado el 13/08/20

El score propuesto por Virginia Apgar en 1952 es una escala de puntuación que permite evaluar al niño recién nacido, al minuto 1 y minuto 5 de vida, según su estado de salud, tomando en cuenta 5 variables: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, la irritabilidad refleja y el color de la piel.
Cada variable recibe un puntaje de 0, 1 o 2; los recién nacidos con puntajes altos (7 a 10) tienen muy buen pronóstico neonatal.
Los nacidos con puntajes bajos tienen más riesgo de problemas neurologicos, respiratorios o muerte y mayor probabilidad de necesitar asistencia neonatal.

Puntaje	0	1	2
Frec. Cardiaca	Ausente	< 100/min	>100/min
Respiración	Ausente	Lenta	Normal, llanto
Tono Muscular	Flaccidez	Hipotónico	Movimientos Activos
Resp. a Estímulos	Ninguna	Escasa	Positiva
Color de la piel	Pálida Azulada	Azul Rosada	Rosada

Hasta no hace mucho tiempo la mayoría de la literatura que lo apoyaba como predictor clínico incluía casi siempre niños de término y pocas cohortes con prematuros, sobretodo de prematuros profundos.

Un nuevo estudio muestra que las puntuaciones de Apgar pueden pronosticar la mortalidad infantil prematura sobre el riesgo de muerte.

En un lactante prematuro, se ha demostrado que la edad gestacional es un factor importante en la muerte dentro de los primeros 28 días de vida.

Un estudio en el *New EnglandJournalof Medicine* analiza el efecto conjunto de la edad gestacional y la puntuación de Apgar sobre el riesgo de muerte neonatal. (1)

Se utilizó los datos del Registro Médico de Nacimientosde **Suecia**.

Identificaron **113.300 bebés prematuros**, que tenían una edad gestacional de **22 semanas 0 días a 36 semanas 6 días**, que nacieron de 1992 a 2016.

También observaron las puntuaciones de Apgar a los 5 minutos y 10 minutos, así como el cambio en el Puntuación de Apgar entre 5 y 10 minutos.

En la cohorte, hubo 1986 muertes neonatales y la incidencia de muertes osciló entre el 76,5% a las 22 semanas de gestación y el 0,2% a las 36 semanas de gestación.

Se encontró que las puntuaciones de Apgar más bajas estaban relacionadas con mayores riesgos relativos de muerte neonatal.
Entre los lactantes que nacieron entre las 28 y 31 semanas, la diferencia de tasa absoluta ajustada según la puntuación de Apgar a los 5 minutos, utilizando a los lactantes con una puntuación de 9 o 10 como grupo de referencia, fue de 1,2 (IC del 95%, 0,5 a 1.9) para una puntuación de 7 u 8; 7,1

(IC del 95%, 5,1 a 9,1) para una puntuación de 4 a 6; 25,5 (IC del 95%, 18,3 a 32,8) para una puntuación de 2 o 3; y 51,7 (IC del 95%, 38,1 a 65,4) para una puntuación de 0 o 1.

Cuando se compara con una puntuación de Apgar estable entre 5 y 10 minutos, un aumento en la puntuación se relacionó con una menor mortalidad neonatal.

Los investigadores concluyeron que ambas puntuaciones de Apgar pudieron brindar información predictiva sobre si los bebés prematuros morirían dentro de los 28 días posteriores al parto.

Referencia

(1)Cnattingius S, Johansson S, Razaz N. Puntaje de Apgar y riesgo de muerte neonatal entre lactantes prematuros. *NEJM* . 2020: 383 (1): 49-57. doi: 10.1056 / nejmoa19150

Tratamiento hormonal en niños transexuales.

Publicado el 20/07/20

En las últimas dos décadas se ha notado en distintos rincones del mundo un mayor pronunciamiento de las personas con necesidad de modificar su aspecto físico por su orientación sexual, particularmente los **jóvenes transgénero.**

La **identidad de género** refiere al sentimiento de una persona de ser hombre, mujer o de sexo indeterminado.
El **sexo biológico** está determinado por las características cromosómicas, hormonales y anatómicas que harán al fenotipo de una persona como hombre o mujer.
La **incongruencia de género** es la no coincidencia entre la identidad de género y el sexo al nacer; y ahora se intentará que este término reemplace al de transexualidad para eliminarlo de los manuales y sistemas de clasificación de enfermedades psiquiátricas (DSM y CIE) con el objeto de des-patologizar la transexualidad.
La **disforia de género** hace referencia al sufrimiento emocional por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo biológico.

La mayor aceptación social, los cambios legales y el desarrollo de diferentes especialidades médicas para la atención de sus necesidades han permitido que el número de consultas sobre tratamientos hormonales o de cambios anatómicos desde las edades pediátricas haya aumentado considerablemente su incidencia, aunque no se conocen números concretos en Argentina.

Desde hace mucho tiempo existe la **Asociación Profesional Mundial para la Salud del Transgénero** que, en su último pronunciamiento del año 2011, realizó recomendaciones concretas sobre el abordaje emocional, hormonal y quirúrgico de la transexualidad, incluyendo niños y adolescentes; área que hasta ahora abordaban endocrinólogos de niños y adultos, cirujanos generales, de urología, de ginecología y plástica.

Se ha propuesto utilizar la terapia hormonal con GnRH para **bloqueo de la pubertad** y evitar el desarrollo puberal y la manifestación de los caracteres sexuales secundarios en los jóvenes transgénero.
Se recomienda iniciar la consulta por el bloqueo hormonal en el niño lo antes posible, prefiriendo los estadíos II o III de Tanner, en los que el bloqueo hormonal impedirá la expresión de los caracteres sexuales no deseados. En la adolescencia se pueden iniciar el tratamiento hormonal (estrógenos o testosterona) o las cirugías, para desarrollar los caracteres deseados y poder disminuir o evitar la disforia de género.
Los cambios físicos más buscados en las chicas trans se relacionan con la nuez prominente, la voz grave, las características óseas masculinas y la reducción de la altura; y entre los chicos trans la talla baja y el ocultamiento del pecho.

Los problemas emocionales son muy frecuentes en este colectivo, con frecuencia suelen verse ansiedad, depresión e ideación con intentos de suicidio. La disforia de género provoca un altísimo malestar, y estas personas también son víctimas de intensos acosos. La persecución y la discriminación social probablemente a su malestar emocional. El bloqueo hormonal entonces es un recurso que ayudaría a disminuir este tipo de problemas también.

Diversos estudios demuestran que el apoyo familiar es fundamental para la disminución de los problemas emocionales de estas personas. En nuestro país, para que un niño reciba un tratamiento de bloqueo hormonal debe haber consentimiento de sus padres o tutores, y esto no siempre se consigue.

En conclusión, debido a la gran vulnerabilidad de estas personas, es necesario el compromiso de las familias y las instituciones en salud y educación, así como el Estado, que debe ofrecer el marco político y legal para la protección y apoyo de estas personas. En lo que nos corresponde a los actores de salud, nuestra misión sería identificar a los niños prepúberes con disforia de género para ofrecerles información (al niño y su familia, sobre los tratamientos para el bloqueo de los caracteres sexuales no deseados, la reducción de la disforia de género y la morbilidad psiquiátrica que la acompaña.

A continuación se presenta un trabajo que evaluó la prevalencia de la ideación suicida en jóvenes transexuales.

Objetivo: analizar si los jóvenes transgénero que desean y reciben tratamiento supresor de la pubertad tienen menor riesgo de suicidio y otros problemas de salud mental, versus aquellos que no lo reciben. Se hizo un estudio de cohortes retrospectivo realizado mediante encuesta por internet basada en el recuerdo de los eventos.

Se evaluaron 3494 adultos transgénero de EEUU que constituyeron la población de estudio: 89 que recibieron terapia de reemplazo hormonal con GnRh (TH) y 3405 que no. Para la evaluación se utilizó la escala de estrés psicológico Kessler y los resultados considerados fueron el consumo excesivo de alcohol y de drogas y la ideación suicida (su planificación, intento en el último año y anterior al año actual).

La ideación suicida a lo largo de la vida fue menos probable en el grupo que recibió TH que en el que no la recibió; OR: 0,3 (intervalo de confianza del 95% [IC 95]: 0,2 a 0,6), p <0,001.

La ideación suicida en el último año y el estrés psicológico grave fueron menos probables en el grupo que recibió tratamiento hormonal cuando se hizo análisis univariable, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas con análisis multivariable.

Se concluyó que los jóvenes transgénero con deseo de tratamiento hormonal que cumplían dicho tratamiento tuvieron menos probabilidad de ideación suicida a lo largo de su vida. Si bien la diferencia numérica puede ser pobre, la gravedad del evento clínico la hace muy importante.

Bibliografía

Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertalsuppressionfortransgenderyouth and riskofsuicidalideation. Pediatrics. 2020;145:e20191725

Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis PT, DeCuypere G, Feldman J, *et al.* Standardsofcareforthehealthoftranssexual, transgender, and gender-nonconformingpeople, version 7. Int J Transgend. 2012;13:165-232.

Aparicio Rodrigo M, Rivero Martín MJ. En adolescentes transgénero, la ideación suicida es menor si reciben tratamiento para frenar la pubertad. EvidPediatr. 2020;16:31.

Mora Palma C, Guerrero Fernández J, González Casado I. Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento hormonal en jóvenes transexuales. EvidPediatr. 2020;16:28.

Dolor de pies en niños.

Publicado el 22/05/20

El dolor de pie es el motivo de derivación más frecuente al traumatólogo infantil. La mayoría de los casos tiene traumatismo previo, pero no deben olvidarse todas las causas de dolor no traumáticas. La mayoría de las podalgias no traumáticas aparecen en la edad escolar y, sobre todo, en la adolescencia. El dolor en el retropié es más frecuente que en el antepié.

-Enfermedad de Sever:
Es una apofisitiscalcánea por inflamación aguda del cartílago de crecimiento del talón, derivado de la tensión muscular del tendón de Aquíles y de la fascia del pie ejercida en la zona durante el periodo de crecimiento.
Es más frecuente en varones de entre 8 y 12 años y es muy común que sea bilateral. Se caracteriza por dolor en el talón, 1-2 cm por debajo de donde termina la entesis del tendón aquileano, que generalmente aparece al finalizar la práctica deportiva y mejora con el reposo. Sin tratamiento, el dolor va aumentando y permanece varios días. Se observa más en la práctica de deportes en equipo en los que el niño salta mucho.
El tratamiento con reposo, hielo, analgesia y elongación aquileana y plantar es muy efectivo.

-Enfermedad de Khöler:
Se refiere al dolor provocado por la osteonecrosis aséptica del astrágalo. Puede aparecer entre los 5 y los 15 años pero es más común en menores de 10 años. Produce dolor leve y tumefacción en el dorso del pie, aparece en el movimiento y cede en el reposo. Las radiografías son poco sensibles, aunque puede observarse aumento de la densidad local, el hueso más afinado y, muchos meses después, fragmentación y remodelación del hueso. Evoluciona a la curación en un año, durante el cual se debe ofrecer tratamiento sintomático.

-Enfermedad de Freiberg:
Es una patología similar a la anterior, en la que se necrosa la cabeza distal del segundo, tercer o cuarto metatarsiano, y complica la articulación metatarsofalángica. Genera dolor en la cara plantar de la articulación lesionada. La evolución y el tratamiento son similares a los descriptos en el párrafo anterior. La radiografía es el método diagnóstico, aunque la tomografía es más sensible. El paciente debe practicar reposo deportivo y usar analgésicos (si son necesarios) y ortesis metatarsiana para disminuir la descarga de peso. Muy excepcionalmente se operan.

-Escafoides accesorio:
Consiste en la permanencia del centro de osificación secundario en el escafoides. Se trata de una entidad relativamente frecuente (10% de los niños). Tanto si permanece separado como si se osifica al núcleo primario, da lugar a una zona de prominencia ósea que, a menudo, resulta molesta por el roce con el calzado. El dolor, en ocasiones, se correlaciona con una impotencia del músculo tibial posterior, que puede manifestarse con un aplanamiento del arco plantar. De hecho, el escafoides accesorio es una de las causas de pie plano doloroso. Se puede observar una zona prominente y dolorosa a la palpación en el borde interno del mediopié, y se confirma con radiografía oblicua. El tratamiento, en general, es conservador, con el uso de una plantilla de descarga del arco plantar. Es excepcional la necesidad de exéresis quirúrgica del osículo.

-Coalisiones tarsales:
Se trata de la fusión de dos o más huesos del tarso. Aunque la mayoría permanecen asintomáticas, pueden dar clínica a partir de los 8-12 años de edad, cuando la fusión se osifica.

Debe sospecharse siempre ante un adolescente que presenta esguinces a repetición en un pie doloroso. En la exploración física, lo más llamativo es una limitación de la movilidad de la articulación subastragalina o mediotarsiana, acompañada con frecuencia de un aplanamiento del arco plantar.

Se confirma con radiografía del pie (frente y oblicua), aunque la tomografía es mucho más sensible. El tratamiento es quirúrgico de acuerdo a cuánto afecta la calidad de vida del paciente.

-Fracturas por estrés:
Son poco frecuentes en los niños y se observan más en mujeres adolescentes. La localización más frecuente es en el segundo metatarsiano entre los escolares, y el quinto entre los adolescentes, aunque puede darse en cuboides y escafoides. Aparecen por sobrecarga o microtrauma repetido.

El dolor aparece de forma insidiosa, es persistente, empeora con la marcha. Se acompaña de edema local, aunque raras veces hay eritema y temperatura local. En general pueden curar sin necesidad de inmovilización, pero requieren reposo deportivo hasta la consolidación y el cese de los síntomas. El diagnóstico puede ser difícil, las radiografías se hacen sensibles recién a las dos semanas de iniciado el dolor, por eso la resonancia es el gold standard.

-Osteomielitis:
Entre las osteomielitis, que no son muchas, las ubicadas en los huesos del pie son de las más frecuentes. Se producen por la diseminación hematógena de las bacterias que ingresan desde zonas alejadas, o por contigüidad desde heridas infectadas de la piel. Presentan dolor durante la marcha, y el reposo, leve, pero persistente, y puede haber cambios inflamatorios locales. Ante la sospecha hay que identificar una posible puerta de entrada, y para confirmar el diagnóstico se debe solicitar una ecografía o resonancia magnética. El tratamiento antibiótico podrá hacerse de forma oral o endovenosa, según el caso.

Muy raras veces requiere el debridamiento de la herida.

Bibliografía

Dobrindt O, Hoffmeyer B, Ruf J, et al. Estimationofreturn-to-sports-time forathleteswith stress fracture - anapproachcombiningrisklevelof fracture sitewithseveritybasedonimaging. BMC MusculoskeletDisord 2012; 13:139.
Aiyer A, Hennrikus W. Footpain in thechild and adolescent. Pediatr Clin North Am 2014; 61:1185.
Gillespie H. Osteochondroses and apophyseal injuries ofthefoot in theyoungathlete. CurrSportsMedRep 2010; 9:265

Artritis idiopática juvenil.

Publicado el 02/05/20

La artritis idiopática juvenil, (antes enfermedad de Still y también artritis reumatoidea juvenil) se presenta en aproximadamente 1 cada 1000 niños por alguno de los subtipos afectando de forma física, emocional o socialmente.

Como el comienzo de la enfermedad suele ser insidioso, el retraso en el diagnóstico de la enfermedad expone al niño a sufrir lesiones irreversibles y limitaciones físicas importantes.
Una de las causas más importantes en el retraso diagnóstico es el bajo conocimiento de los médicos en atención primaria sobre este problema.
Un estudio reportó que el conocimiento de los pediatras en España es muy bajo. Si bien la muestra no es representativa de la población de pediatras en ese país, los resultados del estudio fueron similares a los de otros países donde el estado les ofrece un buen sistema de educación médica contínua.

En un análisis del examen de certificación de American BoardofPediatrics, menos del 2% de las preguntas del examen tenían contenidos de reumatología.

En un gran estudio de serie de casos, donde se siguió a niños con sospecha diagnóstica entre 1990 y 2005 en Pensilvania, 136 casos fueron diagnosticados.

Los síntomas más destacados fueron: fiebre 98%, artritis 88% (8% monoartritis, 45% oligoartritis y 47% poliartritis); 81% exantema y un 31% linfadenopatías.

Al comienzo de la enfermedad siempre hay artralgias y las artritis pueden no ser prominentes. Las muñecas, rodillas y tobillos son las áreas más afectadas, pero las manos, columna cervical, caderas y temporomandibulares suelen verse afectadas.

La **fiebre** es diaria pero intermitente, llegando a picos que superan los 38,5º, alternando con períodos afebriles de muy buen estado general. La fiebre puede hacer más de un pico diario.

Con frecuencia puede haber una **erupción macular**, color rosa salmón, de diferentes tamaños con ligera palidez central. A menudo la erupción puede afectar lugares dispersos y puede aparecer en forma fugaz. Es común que pueda no notarse en individuos de piel oscura. Es común que evolucione paralelo a los picos febriles, desapareciendo si el paciente está afebril.

En pocos pacientes puede ser pruriginosa y volverse urticariana si el paciente se ha rascado mucho.

Con menor frecuencia puede presentar derrame pleural, pericárdico, adenopatías, esplenomegalia, hepatomegalia y hepatitis.

El laboratorio puede alterarse observando leucocitosis con valores mayores a 20.000, trombocitosis en el rango de entre 500.000 y 800.000, aumento de la ferritina y la ESD, ligera elevación de enzimas hepáticas. No se reconocen marcadores serológicos específicos para esta condición.

El diagnóstico es clínico y casi de exclusión, teniendo en cuenta los patrones de fiebre que deben persistir no menos de dos semanas continuas, y de afección articular que deben permanecer no menos de 6 semanas de duración.

Pavo, M.R. and de Inocencio, J. **PediatricianbeliefsaboutJuvenileIdiopathicArthritismayresult in referraldelays. A nationalSpanishsurvey.** *J Pediatr*. 2019; 209: 236–239.e2

http:// www.pres.eu/activities/scientific-and-clinical/educationalinstruments-andtools.html

Egert Y, Egert T, Costello W, Prakken BJ, Smith EMD, Wulffraat NM. Children and youngpeoplegetrheumaticdiseasetoo. Lancet Child AdolescHealth2019;3:8-9.

Dwyer, A.C. and Althouse, L.A. **Validityevidenceforthe general pediatricsboardcertificationexaminations: a practiceanalysis.** *J Pediatr*. 2018

Obesidad y sedentarismo.

Publicado el 29/12/19

El EarlyBird fue un programa de investigación único de 12 años que observó la salud y el estilo de vida de una cohorte de niños sanos normales en un momento donde laepidemia de obesidad es máxima.

El objetivo principal era ayudar a los padres y maestros a comprender los factores prevenibles en la infancia que son responsables de las epidemias actuales de diabetes yenfermedades cardíacas.

En 2011 se realizó un trabajo de seguimiento en niños (1) para establecer si los chicos que eran inactivos generaban obesidad o sobrepeso o si estar gordo era la causa de lainactividad.

Diseño:
Un estudio de cohorte prospectivo sin intervención que examinó a niños de 7 a 10 años en forma anual.
La línea de base versus el cambio a las asociaciones de seguimiento se utilizaron para examinar la dirección de la causalidad.

Lugar:
Plymouth, Inglaterra.

Participantes:
202 niños (53% niños, 25% con sobrepeso / obesidad) reclutados de 40 escuelas primarias de Plymouth, Inglaterra, como parte del estudio EarlyBird.

Las principales medidas:

La **actividad física (AF)** se midió utilizando acelerómetros Actigraph.

Los niños usaron los acelerómetros durante 7 días consecutivos en cada punto de medición anual. Se analizaron dos componentes de la AF: el volumen total de AF y el tiempo dedicado a AF de intensidad moderada y vigorosa.

El porcentaje de grasa corporal (%GC) se midió anualmente mediante absorciometría de rayos X de energía dual.

Resultados

El %GC fue predictivo de cambios en la AF durante los siguientes 3 años, pero los niveles de AF no fueron predictivos de cambios posteriores en el %GC durante el mismoperíodo de seguimiento.

En consecuencia, un 10% más de %GC a la edad de 7 años predijo una disminución de la actividad física relativa en las intensidades moderadas y vigorosas diarias de4 minutos de los 7 a los 10 años ($r = -0.17$, $p = 0.02$).

Aún más, **la AF a los 7 años no predijo una disminución relativa del % GC entre 7 y 10 años (r = -0.01, p = 0.8)**.

Conclusiones:

La inactividad física parece ser el resultado de la obesidad más que su causa.

Esta causalidad inversa puede explicar por qué los intentos por combatir la obesidad infantil mediante la promoción de la AF no han tenido éxito.

(1) https://adc.bmj.com/content/96/10/942

Ejercicios pélvicos para la incontinencia.

Publicado el 04/08/20

Más de un tercio de las mujeres de 60 años o más experimentan incontinencia urinaria, una condición que conduce a depresión, aislamiento social,mayor carga de los cuidadores y admisiones en geriátricos.

Aunque el tratamiento de primera línea de la incontinencia en las mujeres incluye ejercicios para fortalecer el soporte del piso pélvico para la vejiga,el entrenamiento muscular convencional del piso pélvico (PFMT) se basa en sesiones de entrenamiento individuales repetidas con fisioterapeutasdel piso pélvico u otros especialistas.

https://www.youtube.com/watch?v=wue8AymHgSM

Este tipo de terapia de rehabilitación individual intensiva es costosa y el acceso a terapeutas certificados del piso pélvico en la comunidad es limitado.

No es sorprendente que la mayoría de las mujeres incontinentes mayores en la comunidad nunca reciban capacitación efectiva en este tipo de prácticao cualquier otra forma de terapia conductual para la incontinencia.

Se acaba de publicar un ensayo aleatorizado (1) que compara la eficacia de este entrenamiento en forma grupal versus individual en 362 mujeres de 60 añoso más con incontinencia de estrés o mixta.

Las mujeres demostraron una excelente adherencia a las sesiones semanales independientemente de si las sesiones se realizan en grupos de 6 a 8participantes o individualmente (con un promedio de 95% o más de asistencia en ambos grupos durante 12 semanas).

Las participantes en ambos grupos también mantuvieron altas tasas de práctica de ejercicio de fortalecimiento del piso pélvico en el hogar durante ydespués del programa (más de dos tercios de los participantes en ambas ramas informaron que continuaron practicando semanalmente 1 año después).

La frecuencia de incontinencia disminuyó en una mediana del 74% desde el inicio en la rama grupal y del 70% desde el inicio en la rama individual por 12semanas y permaneció en estos niveles al año. Esto confirma la hipótesis de no inferioridad de los investigadores.

En general, estos hallazgos proporcionan evidencia alentadora de que las mujeres mayores con incontinencia pueden participar exitosamente de estosprogramas grupalmente y tener beneficios para la incontinencia que son comparables a los del entrenamiento individual.

Para una afección como la incontinencia urinaria que afecta a 1 de cada 3 mujeres mayores en la población general, las visitas individuales soninadecuadas por la carga de enfermedad que representa.

No hay, y nunca habrá, suficientes terapeutas capacitados en el piso pélvico en la comunidad para proporcionar una terapéutica intensiva continua eindividualizada para el piso pélvico a todas las mujeres incontinentes que lo necesitan.

La dependencia de larga data en la terapia individual del piso pélvico también puede reflejar el estigma social que rodea la incontinencia.

Muchas mujeres incontinentes se sienten avergonzadas de discutir problemas de control de la vejiga con amigos, familiares u otras mujeres de lacomunidad.

Como resultado, algunas mujeres pueden ser inicialmente más reticentes a participar en grupo. Sin embargo, esta reticencia también es la razón porla cual el hacer las sesiones en forma grupal puede ofrecer beneficios únicos para las mujeres que de otro modo podrían estar cada vez más aisladassocialmente debido a la incontinencia.

Es una oportunidad para que las mujeres mayores con incontinencia intercambien apoyo mutuo y discutan desafíos compartidos con otras personas queenfrentan la misma condición estigmatizante.

El entrenamiento grupal en ejercicios musculares del piso pélvico plantea sus propios desafíos logísticos.

Los pacientes deben participar en la capacitación en los días y horarios compartidos en lugar de programar la capacitación de acuerdo con ladisponibilidad individual.

Los terapeutas también tienen menos flexibilidad para adaptar la terapia a las debilidades individuales de los pacientes o las dificultades de aprendizaje.

Sin embargo, en este estudio, solo el 7% de los participantes asignados a grupo solicitó sesiones individuales adicionales de 20 minutos con susterapeutas que estaban disponibles como un beneficio del estudio.

Este estudio tiene otras limitaciones comunes a los estudios terapéuticos de la incontinencia urinaria.
La elegibilidad se basó en un umbral inicial relativamente modesto de 3 episodios de incontinencia en una semana, de modo que pequeños cambios en elnúmero absoluto de episodios de incontinencia se tradujeron en reducciones de porcentajes grandes.
Cuando se examina como cambio porcentual desde el inicio, la magnitud de la mejora en la incontinencia puede parecer sustancial: una reducción mediade aproximadamente el 70%.

Pero en términos absolutos, este porcentaje corresponde a una disminución media de solo 1 episodio de incontinencia por día.

Dado que el ensayo no incluyó una rama que no recibió terapia, no sabemos cuánto de esta mejora es atribuible a la regresión a la media.

(1) https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2768776

Infecciones urinarias recurrentes.

Publicado el 20/02/20

En los últimos días, el JAMA actualizó el tema (1) Aquí una síntesis del mismo.

Las mujeres posmenopáusicas son especialmente vulnerables a las **infecciones urinarias recurrentes**, comúnmente definidas como infecciones urinarias por urocultivo que han ocurrido al menos dos veces en 6 meses o 3 veces en 12 meses.

Es importante que los médicos comprendan que la infección urinaria recurrente **rara vez es un problema de higiene personal** y que el paciente no tiene la culpa.

Aunque muchas mujeres adultas recuerdan infecciones urinarias ocasionales e infrecuentes, la mayoría de los pacientes con infección urinaria recurrente informan un cambio discreto en la frecuencia de las infecciones urinarias.

Además de una historia focalizada y un examen físico, la evaluación debería incluir la frecuencia de aparición de ITUs frecuentes, los resultados de los cultivos cuando estén disponibles; tratamientos previos, alergias a antibióticos, preferencias de prevención y tratamiento (antibióticos y alternativas antibióticas); y las prácticas actuales de prevención, como el vaciamiento postcoital y el consumo de grandes cantidades de agua (2-3 lts/día).

Los síntomas son típicamente agudos de inicio e incluyen disuria, frecuencia urinaria y urgencia, dolor suprapúbico o de flanco, hematuria y/o fiebre documentada.

Los pacientes suelen atribuir orina maloliente o turbia a la infección urinaria; sin embargo, ***estos síntomas no son patognómicos para la ITU***, especialmente en ausencia de síntomas tradicionales de ITU.

Los pacientes mayores, especialmente las ancianas frágiles, con urocultivos positivos para bacterias uropatógenas pueden presentar un inicio agudo de fatiga general y/o confusión; sin embargo, el tratamiento en este caso no se recomienda en ausencia de síntomas adicionales o hallazgos sugestivos de infección urinaria.

El examen físico debe incluir exámenes neurológicos abdominales y centrados, así como un examen pélvico para detectar afecciones manejables, incluida la atrofia genitourinaria en mujeres posmenopáusicas, divertículo uretral, evidencia de materia fecal y prolapso vaginal más allá del himen.

En pacientes con enfermedad neurológica o diabetes se debe considerar una evaluación del vaciado de la vejiga mediante cateterismo uretral o exploración de la vejiga (ecografía).

En el contexto de las infecciones urinarias recurrentes, el paciente y los médicos deben desarrollar un plan personalizado que incorpore la preferencia del paciente por los antibióticos empíricos, los urocultivos, el uso apropiado de hormonas o los remedios naturales para la prevención y el tratamiento de la infección urinaria posterior.

Un subgrupo de pacientes con infección urinaria recurrente tiene afecciones que justifican una evaluación acelerada y la consideración de derivación especializada: Pacientes con una masa pélvica, prolapso vaginal más allá del himen, prolapso rectal, cálculos renales, cateterismo crónico, inmunosupresión, síntomas atípicos (p. ej., hematuria macroscópica , neumaturia después del procedimiento pélvico), progresión rápida a sepsis, presencia de patógenos resistentes a múltiples fármacos, o una historia de infecciones urinarias complicadas.

En la mayoría de los pacientes con ITU recurrente no complicada se indican 3 días de un antibiótico apropiado para cada episodio de cistitis (habitualmente nitrofurantoína).

Los médicos deben ofrecer hidratación y analgésicos urinarios para la comodidad del paciente mientras esperan los resultados del urocultivo.

Los pacientes que prefieren ATB inmediatos pueden realizar la muestra de orina para analizar e iniciar una terapia empírica basada en el historial microbiano, la función renal.

No existen estudios para apoyar el uso rutinario de urocultivo posterior al tratamiento en mujeres con ITU recurrente.

Sin embargo, en pacientes seleccionados con síntomas persistentes, puede ayudar a determinar la eficacia del tratamiento.

En pacientes con síntomas persistentes a pesar de la resolución de la bacteriuria, se deben considerar etiologías alternativas para los síntomas, que incluyen síndrome de vejiga dolorosa, vejiga hiperactiva, carcinoma in situ, infecciones vulvares y vaginales y, rara vez, tuberculosis genitourinaria.

En pacientes con síntomas persistentes y bacteriuria persistente a pesar del tratamiento antibiótico adecuado, se deben considerar otros diagnósticos, que incluyen un vaciado deficiente de la vejiga, la presencia de un cuerpo extraño, fístula enterovesical, divertículo uretral,
Las estrategias de prevención personalizadas pueden incluir una mayor ingesta de agua (volumen individualizado según las circunstancias específicas del paciente), intervalos frecuentes de evacuación (no retener la orina demasiado tiempo), higiene perineal, dosis bajas de estrógenos vaginales en ausencia de contraindicaciones y varios esquemas de ATB poscoitales o supresión crónica de antibióticos.

Algunas mujeres atribuyen claramente las infecciones urinarias a la actividad sexual a pesar de tener prácticas sexuales saludables.

Este problema puede limitarse a actividades con una pareja sexual específica u ocurrir con todas o la mayoría de las parejas sexuales.
La estrategia de una dosis única de antibiótico pericoital de baja dosis es efectiva.

En mujeres posmenopáusicas con infección urinaria recurrente asociada con atrofia genitourinaria, 3 a 6 meses de dosis bajas de estrógeno vaginal a menudo es beneficioso y, si es útil, se puede continuar por más tiempo.

Es importante discutir con los pacientes sobre los niveles insignificantes de absorción sistémica y abordar adecuadamente las preocupaciones sobre el riesgo de cáncer.

La profilaxis antibiótica puede ser apropiada en un grupo altamente selecto de pacientes que tienen recurrencias frecuentes. Los antibióticos profilácticos comúnmente utilizados son

- Nitrofurantoína (50-100 mg/día)
- Trimetoprim-sulfametoxazol (tableta de 0.5-1 de potencia única [40 mg / 200 mg] una vez al día a 3 veces a la semana) y
- Cefalexina (125 a 250 mg una vez al día)
- La fosfomicina una vez/semana (3 g) también se puede usar en el caso de infecciones resistentes a los medicamentos.

La duración de los antibióticos profilácticos para las infecciones urinarias suele ser de 3 a 6 meses, lo que puede ser suficiente tiempo para determinar y controlar los factores predisponentes subyacentes.

El monitoreo de eventos adversos es importante mientras se reciben antibióticos profilácticos para la infección urinaria.
El término ***bacteriuria asintomática*** está evolucionando tras el reciente descubrimiento de un microbioma urinario sano en la vejiga.
Actualmente, el tratamiento de la bacteriuria asintomática solo está indicado antes de los procedimientos urológicos invasivos y durante el embarazo

El tratamiento de la bacteriuria asintomática en mujeres adultas no embarazadas en escenarios clínicos no mejora los resultados de los pacientes, incluso en pacientes mayores y pacientes con infección urinaria recurrente.

Los intentos de esterilizar la orina en estos pacientes con antibióticos sistémicos generalmente no son efectivos y pueden conducir al desarrollo de organismos resistentes, eventos adversos de los antibióticos e infección por *C. difficile*.

(1) https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2760447?guestAccessKey=135a7257-1c3f-4825-b932-f2b4707f39fd&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jama&utm_content=etoc&utm_term=021820

Sobrediagnóstico de hipotiroidismo por pedir TSH en las embarazadas.

Publicado el 21/06/20

Hay pocos datos sobre la práctica clínica habitual con las pruebas de tiroides y los patrones para el inicio de la terapia con hormonas tiroideas durante el embarazo y su continuación después del parto.

En principio, la definición de hipotiroidismo subclínico en el embarazo es variada:
TSH > de 2.5 mUI / L, TSH > de 4.0 mUI / L, TSH por encima del límite superior del rango de referencia específico del ensayo para la edad gestacional en combinación con un nivel normal de tiroxina libre. Esta variedad de definiciones tiene varias explicaciones.

Por un lado, los cambios que ocurren en la fisiología de la tiroides durante el embarazo han generado controversia sobre el límite superior de referencia de TSH en esta etapa de la vida.

Específicamente, la gonadotrofina coriónica humana (GCH) es un estimulador débil del receptor de tirotrofina (TSH) que contribuye a una disminución de la TSH después de la séptima semana de gestación y un retorno a los rangos previos al embarazo después de los picos deGCH (aproximadamente en la semana 10 a 11 de gestación).

Por otro lado, los estudios para establecer rangos de referencia específicos para el embarazo, realizados Estados Unidos y Europa a fines del primer trimestre o temprano en el segundo trimestre, condujeron a la recomendación de usar un límite superior de TSH de 2.5 mIU / L en el primer trimestre y 3.0 mUI/L en el segundo y tercer trimestres. Estudios posteriores en otras poblaciones descubrieron que estos límites superiores no eran apropiados para todas las etnias y que su uso, especialmente a principios del primer trimestre, podría conducir a una clasificación errónea de hasta el 37% de las mujeres embarazadas como con hipotiroidismo subclínico.

Además, la controversia sobre el beneficio del tratamiento con levotiroxina y el límite superior de TSH durante el embarazo, así como los resultados de los ECA más recientes y de alta calidad ha contribuido a la discordancia entre las pautas de las sociedades profesionales con respecto a la detección universal y a la confusión sobre los umbrales de TSH y de anticuerpos antiperoxidasa tiroidea que deberían conducir al tratamiento.

Finalmente, suele ocurrir que la terapia con hormona tiroidea iniciada durante el embarazo a menudo continúa después del parto, aunque se desconoce el alcance de esta práctica.

Todos estos factores pueden contribuir a una variación sustancial en la práctica clínica.

A continuación se resume un trabajo que se propuso describir el manejo actual de las pruebas tiroideas y el tratamiento con levotiroxina en embarazadas sin enfermedad tiroidea antes del embarazo. Específicamente, su objetivo fue determinar la frecuencia y distribución de las pruebas de TSH por edad gestacional, los valores de TSH asociados con el inicio de la terapia con hormonas tiroideas y la frecuencia de la continuación de la terapia después del parto.

Métodos

Estudio de **cohorte retrospectivo de embarazos en Alberta, Canadá**. Se incluyeron **mujeres sin enfermedad de la tiroides que dieron a luz entre octubre de 2014 y septiembre de 2017**. Se utilizaron registros de parto y datos administrativos de farmacia y laboratorio. Los resultados clave fueron las características de las pruebas de TSH y el inicio y la continuación de la terapia con hormona tiroidea. Se calculó la proporción de embarazos con pruebas de tiroides y la frecuencia de cada prueba de tiroides específica.

Resultados

De las 188490 embarazas incluidas, 111522 (59.2%) tuvieron al menos 1 medición de TSH. El momento más común para la prueba fue en la 5ta/6ta semana gestacional. La terapia con hormona tiroidea se inició a una edad gestacional media de 7 semanas (rango intercuartil 5-12). Entre las mujeres con primeras mediciones de TSH de 4.01 a 9.99 mUI/L que NO fueron tratadas de inmediato, las mediciones repetidas de TSH fueron de 4.00 mUI/L o menos en el 67.9% de los casos. La hormona tiroidea se continuó después del parto para el 44.6% de las mujeres que habían comenzado la terapia durante el embarazo.

Interpretación

Los hallazgos sugieren que los patrones de práctica actuales pueden contribuir al sobrediagnóstico y sobretratamiento de hipotiroidismo durante el embarazo y el posparto.

En las últimas 3 décadas, el hipotiroidismo no diagnosticado o subclínico durante el embarazo se ha asociado de manera variable con resultados adversos maternos e infantiles en estudios observacionales.
Sin embargo, en ausencia de pruebas contundentes que muestren un beneficio de la terapia con levotiroxina para el hipotiroidismo subclínico en el embarazo, ha surgido confusión acerca de la utilidad de su detección.

https://www.cmaj.ca/content/192/22/E596

¿Si tomás lácteos te fracturás menos?

Publicado el 16/02/20

Desde hace muchos años se venden los productos lácteos "buenos para los huesos".

Un reciente estudio del NEJM pone en duda esta aseveración.
Para los adultos, la evidencia general no respalda el alto consumo de lácteos para la reducción de fracturas.
Además, el consumo total de lácteos no se ha relacionado claramente con el control de peso o con los riesgos de diabetes y enfermedades cardiovasculares.
Es importante tener en cuenta que los efectos informados sobre la salud de los productos lácteos dependen en gran medida de los alimentos o bebidasespecíficos con los que se comparan.
Para muchos resultados, los productos lácteos se comparan favorablemente con la carne roja procesada o las bebidas endulzadas con azúcar, pero demanera menos favorable con las fuentes de proteínas vegetales como los frutos secos.

Además, no se ha establecido un beneficio claro de consumir lácteos bajos en grasa sobre los productos lácteos enteros.
Los efectos sobre el consumo de leche de vaca en los niños son menos claros debido a los mayores requerimientos nutricionales para el crecimientode los niños, y los datos son más limitados.
Si la leche materna no está disponible, la leche de vaca puede proporcionar un sustituto valioso en la primera infancia.
La leche promueve la velocidad de crecimiento y una mayor altura alcanzada, lo que confiere riesgos y beneficios.

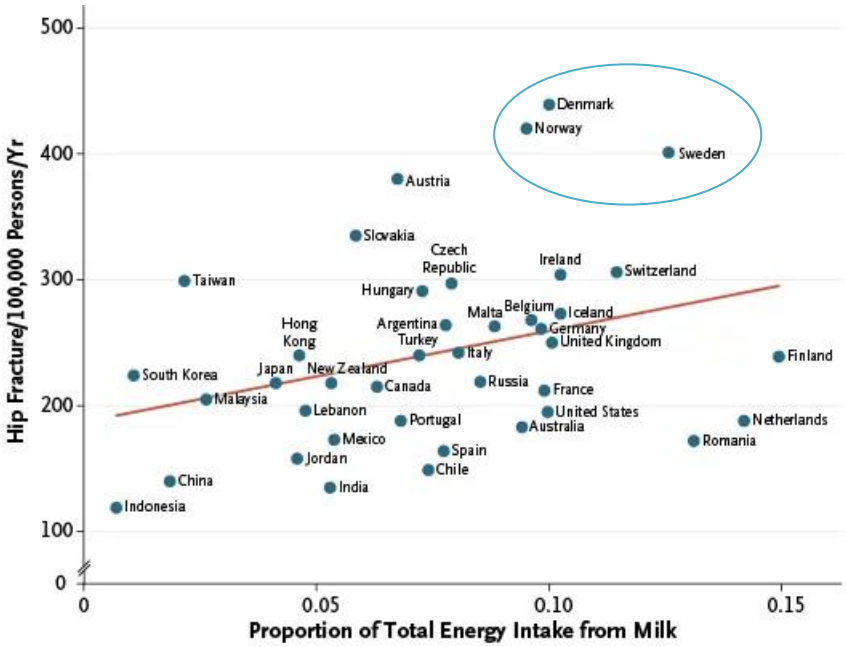
La alta densidad de nutrientes de la leche puede ser particularmente beneficiosa en regiones donde la calidad general de la dieta y la ingesta deenergía escasean.

Sin embargo, en poblaciones con una nutrición generalmente adecuada, el alto consumo de leche puede aumentar el riesgo de fracturas más adelanteen la vida, y la asociación de una mayor altura con el riesgo de cáncer sigue siendo motivo de preocupación.
Algunas guías recomiendan aumentar considerablemente el consumo de productos lácteos a 3 o más porciones por día sin tener una clarajustificación.
La ingesta óptima de leche para una persona individual dependerá de la calidad general de la dieta.

Si la calidad de la dieta es baja, especialmente para los niños en entornos de bajos ingresos, los alimentos lácteos pueden mejorar la nutrición,mientras que si la dieta es de buena calidad, es improbable que una mayor ingesta proporcione beneficios sustanciales.

Cuando el consumo de leche es bajo, los dos nutrientes de mayor preocupación: calcio y vitamina D (que es particularmente preocupante en latitudesmás altas), se puede obtener de otros alimentos o suplementos.

Como se ve en la figura:
Es interesante la imagen que aporta el estudio del NEJM



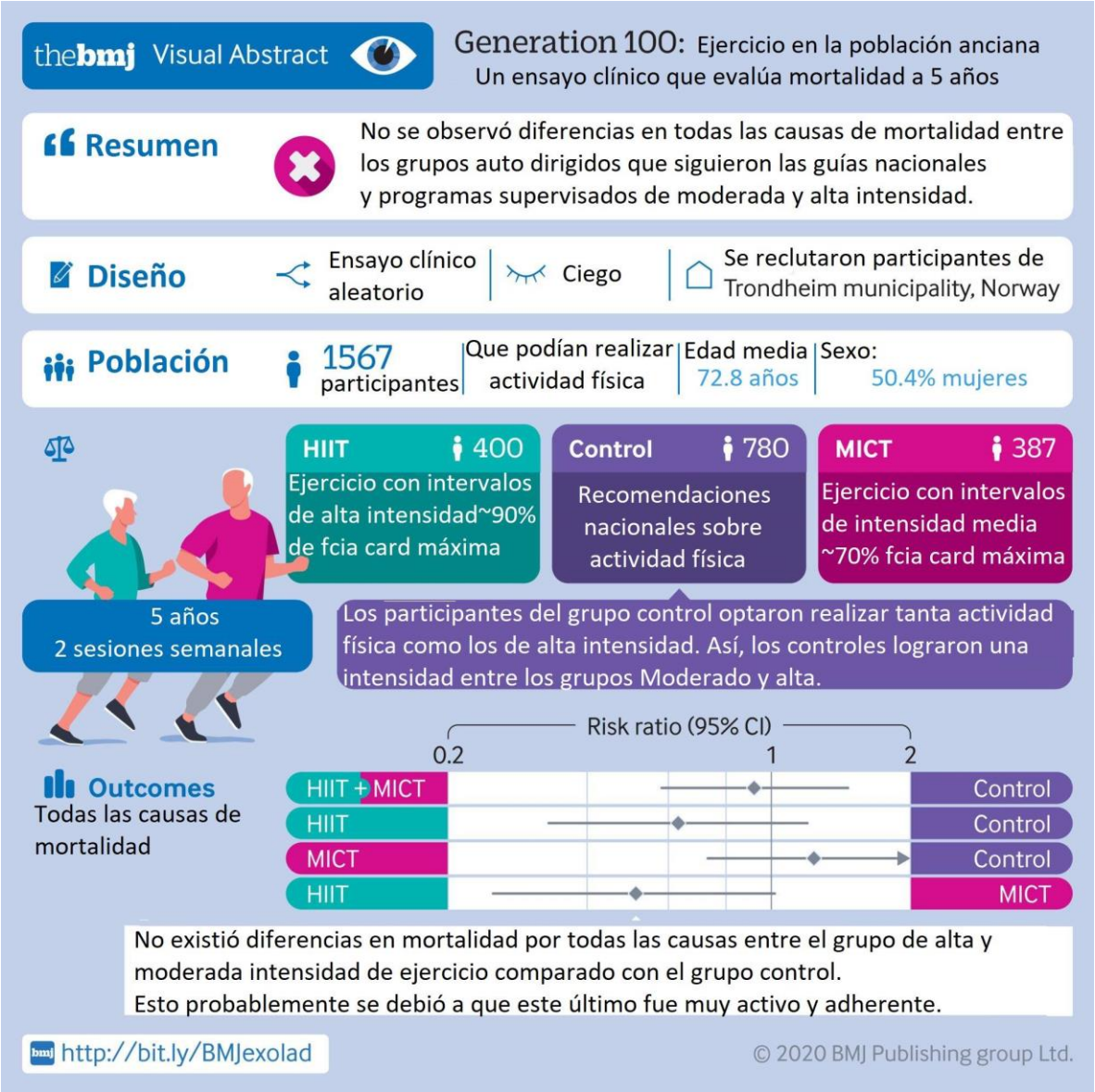
Los países que tienen alto índice de fracturas y alto consumo de leche (es decir los que están arriba a la derecha) son países con poca exposición solar y condiciones climáticas más adversas. Hay otras condiciones que seguramente hay que tener en cuenta a la hora de evaluar las fracturas...

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1903547?query=featured_home

Hacer más actividad física en ancianos: El estudio Generation 100.

Publicado el 28/12/20

La actividad física es esencial para mejorar muchos índices de salud. Este ensayo clínico se realizó en ancianos en Noruega, demostró que no por hacer demás se mejora la mortalidad por todas las causas.



Incorporando a los familiares a la actividad física con el anciano.

Publicado el 20/09/20

No te pierdas el siguiente video que mediante acciones muy simples se puede ayudar a los ancianos a realizar actividad física.

https://www.facebook.com/profammf/videos/2649071102026049

Discontinuar los antihipertensivos a los ancianos.

Publicado el 17/06/20

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo importante para eventos cardiovasculares posteriores, que incluyen accidente cerebrovascular (ACV) isquémico y hemorrágico, infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad renal crónica, deterioro cognitivo y muerte prematura.

En general, el uso de medicamentos antihipertensivos ha llevado a la reducción de las enfermedades cardiovasculares y las tasas de morbimortalidad. Sin embargo, el uso de estos fármacos también se asocia con daños, especialmente en las personas mayores, incluido el desarrollo de reacciones adversas a los medicamentos e interacciones entre medicamentos y puede contribuir a aumentar la carga relacionada con los medicamentos. Por eso, en algunos adultos mayores, la interrupción de los antihipertensivos puede ser apropiada.

A continuación se presenta una evaluación de Cochrane que intenta dar respuesta a la pregunta que nos guía.

Objetivos

Investigar si retirar medicamentos antihipertensivos es factible y evaluar los efectos de su retiro sobre la mortalidad, los resultados cardiovasculares, la HTA y la calidad de vida en las personas mayores.

Métodos de búsqueda

Meta-análisis Cochrane de datos ensayos controlados aleatorios hasta abril de 2019.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) de abstinencia versus continuación de medicamentos antihipertensivos utilizados para la HTA o la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en adultos mayores (definidos como de 50 años o más). Los participantes fueron elegibles si vivían en la comunidad, en centros residenciales de atención para personas mayores o en hospitales.
Se buscó incluir ensayos que analizaran la suspensión completa de la medicación antiHTA y aquellos que se centraran en una reducción de la dosis de la medicina antihipertensiva.

Análisis de datos

Se comparó la intervención de suspender o reducir la medicación antihipertensiva con el tratamiento habitual utilizando diferencias de medias (DM) e intervalos de confianza del 95% (IC 95%) para variables continuas y se usó odds ratios de Peto (OR) y un IC del 95% para variables binarias.

Resultados primarios incluyeron: mortalidad, IAM, desarrollo de reacciones adversas a medicamentos o reacciones adversas a la abstinencia de medicamentos.

Resultados secundarios incluyeron: tensión arterial (TA), hospitalización, ACV, éxito al dejar los antihipertensivos, calidad de vida y caídas.

Resultados principales

Seis ensayos clínicos aleatorizados (ECA) cumplieron los criterios y se incluyeron en la revisión (1073 participantes).
La duración de los estudios y el seguimiento osciló entre 4 y 56 semanas.
El meta-análisis de los estudios mostró lo siguiente al comparar grupo interrupción con grupo continuación:

Evento	**OR (IC 95%)**	**Certeza de evidencia**
Mortalidad por todas las causas	2.08 (IC 95%: 0,79 a 5,46)	Baja *
IAM	1.86 (IC 95%: 0,19 a 17,98)	Muy baja *
ACV	1.44 (IC 95%: 0,25 a 8,35)	Baja *

* La certeza de evidencia baja, muy baja se debe a pocos eventos y bajo tamaño muestral.

La TA fue mayor en el grupo interrupción que en el grupo continuación: TA sistólica: DM = 9.75mmHg, (IC 95%: 7.33 a 12.18) y TA diastólica: DM = 3.5 mmHg, (IC 95%: 1,82 a 5,18), con evidencia de baja certeza.

Para el desarrollo de eventos adversos, el meta-análisis no fue posible.
La suspensión del tratamiento antihipertensivo no pareció aumentar el riesgo de eventos adversos y podría conducir a la resolución de reacciones adversas al medicamento, aunque los estudios elegibles tuvieron un informe limitado de los efectos adversos de la abstinencia del fármaco (muy poca certeza de la evidencia).

Un estudio informó hospitalización con un odds ratio de 0.83 para la interrupción en comparación con la continuación (IC 95%: 0,33 a 2,10; baja certeza de la evidencia).

No se identificaron estudios que informaran caídas.

Entre el 10.5 y el 33.3% de los participantes en el grupo interrupción en comparación con el 9 al 15% en el grupo continuación experimentaron TA elevada u otros criterios clínicos (según lo predefinido por los estudios) que requirieron el reinicio de la terapia/retiro del estudio.
Las fuentes de sesgo incluyeron informes selectivos (sesgos de informes),

Conclusiones de los autores

Es posible suspender los medicamentos antihipertensivos en adultos mayores. No hay evidencia de un efecto de discontinuar los antihipertensivos en comparación con seguir tomándolos ya sea

para la HTA o la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en adultos mayores sobre la mortalidad por todas las causas y el IAM.

La mayoría de las personas mayores en los grupos de interrupción no necesitaron reiniciar su medicación.

La evidencia fue de baja a muy baja certeza, principalmente debido a que los estudios eran pequeños y las tasas de eventos eran bajas. Estas limitaciones implican que no se pueden sacar conclusiones firmes sobre el efecto de la disminución de los antihipertensivos en estos resultados.

La investigación futura debería centrarse en las poblaciones más frágiles, de mayor edad y con polifarmacia, y medir resultados clínicamente importantes como caídas, calidad de vida y efectos adversos.

Fuente: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012572.pub2/full

Ancianos que se internan.

Publicado el 12/06/20

Casi el 65% de los adultos mayores que son independientes en su capacidad de caminar durante una estadía en el hospital la pierden.

La independencia al caminar aumenta la duración de la estadía en el hospital, así como también la necesidad de servicios de rehabilitación, la colocación de un nuevo hogar de ancianos, el riesgo de caídas durante y después del alta hospitalaria, impone mayores demandas a los cuidadores y aumenta el riesgo de muerte para los adultos mayores.

El reposo en cama o la caminata limitada (solo sentarse en una silla) durante una estadía en el hospital causa el desacondicionamiento y es uno de los factores principales para la pérdida de independencia para caminar en adultos mayores hospitalizados.

Los adultos mayores pasan la mayor parte de su tiempo en cama durante una hospitalización. De hecho, los adultos mayores realizan alrededor del 15% de los pasos que normalmente harían cuando están en casa.

La pérdida de la independencia al caminar ocurre rápidamente. Dentro de las 48 horas posteriores a la hospitalización, los adultos mayores desarrollan debilidad en las piernas y mareos que afectan su capacidad para caminar.

El 30% de los adultos mayores que pierden su capacidad de caminar de forma independiente quedan discapacitados permanentemente porque no recuperan su capacidad de caminar después del alta.

https://www.aannet.org/.../choosing.../immobility-ambulation

Francia deja de cubrir medicación “para la memoria”.

Publicado el 09/01/20

En mayo de 2018, el ministro de salud francés anunció la exclusión de los tratamientos farmacológicos para la demencia.
La memantina y los inhibidores de la acetilcolinesterasa: donepezilo, rivastigmina y galantamina ya no serían cubiertos por el estado.

La decisión siguió a una larga campaña de la revista francesa de terapéutica *Prescrire,* que posteriormente declaró: "... Se acabaron los días en que el apoyo a los pacientes y sus cuidadores en dificultades se base en medicamentos que generan falsas esperanzas…" .

Al mes siguiente, el Instituto Nacional inglés para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) publicó una guía actualizada sobre la demencia (1).

En ella se recomendaba, por primera vez, el tratamiento combinado y se aconsejaba **no suspender los medicamentos simplemente porque la afección progresaba** y se relajaron las regulaciones sobre la prescripción de atención primaria.

En resumen, por un lado se desalentaba el uso de drogas para la demencia en Francia mientras que del otro lado del Canal de la Mancha se promovía aún más su uso.

Francia es el único país europeo que dio este paso, aunque también en Bélgica las autoridades están considerando hacer lo mismo.

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa inhiben la descomposición de la acetilcolina, un neurotransmisor clave involucrado en la memoria, la atención y el sueño que a menudo se agota en los adultos con demencia.

La memantina funciona de manera diferente y menos conocida. Se cree que está involucrada con el deterioro cognitivo, bloqueando los receptores de N-metil-D-aspartato para prevenir la sobreestimulación tóxica y el daño neuronal posterior.

La demencia de Alzheimer es la única indicación autorizada para estos medicamentos, pero el NICE también recomienda su uso para adultos con demencia con cuerpos de Lewy ydemencia fronto-temporal.

No hay otros medicamentos disponibles para ninguno de los subtipos de demencia comunes, y los agentes modificadores de la enfermedad siguen siendo malos. Por lo tanto, estos medicamentos son los únicos tratamientos farmacológicos disponibles en la actualidad para la demencia.

Las autoridades sanitarias francesas citan varias razones para su decisión, incluidas las preocupaciones sobre el significado clínico de sus efectos sobre la cognición, la falta de beneficio comprobado para los síntomas de comportamiento, la calidad de vida o el tiempo de institucionalización y la observación en el mundo real de un riesgo, raro pero aumentado, de bradicardia que requiere internación.

Poco beneficio

Existe un amplio consenso de que **los tratamientos farmacológicos para la demencia producen mejoras estadísticamente significativas en la cognición durante al menos seis meses**, pero estas mejoras son pequeñas.

Una revisión Cochrane 2018 de ensayos con donepezilo informó una diferencia media entre los grupos tratados y de control de solo 2.7 puntos en la sección cognitiva de la escala de evaluación de la enfermedad de Alzheimer (ADAS-Cog, puntuada de 70), y 1.1 puntos en el mini-mental (puntaje máximo 30) a los 6 meses, a favor del tratamiento.
Las revisiones Cochrane de las otras drogas han reportado beneficios cognitivos de magnitudes similares.
No está claro si estos cambios son significativos para los pacientes.

Los investigadores han intentado cuantificar si esta pequeña mejora beneficia no solo a los pacientes sino también a los familiares, lo que aún sigue siendo discutible. Sin embargo, concluyeron que un beneficio de ≥3 puntos en ADAS-Cog era clínicamente importante. Este hallazgo incierto sobre la cognición es coherente con las revisiones Cochrane que informan cambios igualmente pequeños, aunque estadísticamente significativos, en los resultados funcionales y la evaluación clínica.

Hay pocos estudios cuali o cuantitativos que informen sobre la calidad de vida (para el paciente o cuidador) o los resultados informados por el paciente. Estudios observacionales no controlados han sugerido que el tratamiento farmacológico puede retrasar la admisión en hogares de ancianos al menos varios meses, aunque es probable que estas poblaciones de estudio estén sesgadas por sesgo de indicación.

Cambio de énfasis

Para justificar la privación a los pacientes de los únicos medicamentos disponibles cuando son bien tolerados y se sabe que producen beneficios (aunque de relevancia clínica incierta), debe haber una idea clara de lo que se puede obtener.

Las autoridades sanitarias francesas sostienen que estos medicamentos desvían la atención de los médicos, investigadores y responsables políticos de los enfoques no farmacológicos para el cuidado de la demencia. Esperan que la decisión cambie las prioridades y se vaya pasando de un diagnóstico y tratamiento cada vez más temprano, a un enfoque más centrado en la persona, con más investigación sobre opciones de manejo no farmacológicas y que genere un cambio de los encargados de formular políticas para garantizar un apoyo adecuado para los pacientes y sus cuidadores.
Creen que estos cambios conducirán a beneficios generales, aunque los méritos potenciales siguen siendo hipotéticos.

REFERENCIAS

(1) Guía NICE: https://www.nice.org.uk/guidance/ng97
https://www.bmj.com/content/367/bmj.l6930.full

Causas de hipertrigliceridemia.

Publicado el 17/11/20

Causas secundarias de hipertrigliceridemia

Factores de estilo de vida

- Alcohol
- Dieta:
  - Alto consumo de grasas saturadas
  - Alto consumo de azúcar refinado
  - Exceso de consumo calórico
- Disminución de la actividad física.
- Tabaquismo

Dieta hipograsa para el tratamiento de la hipercolesterolemia.

Publicado el 12/07/20

Recomendaciones dietéticas para la hipercolesterolemia familiar (artículo editado de https://ebm.bmj.com/content/early/2020/07/05/bmjebm-2020-111412.full#ref-7)

Existen claras recomendaciones dietéticas para las personas diagnosticadas conhipercolesterolemiafamiliar (HF), una condición genética en la cual aumenta el LDL-c y que se asocia con un mayor riesgo de enfermedad coronaria.

Estas recomendaciones han enfatizado en una dieta baja en grasas saturadas y colesterol para reducir sus niveles de LDL-c.

Postulan que el consumo de alimentos ricos en grasas saturadas aumenta los niveles de colesterol en suero, lo que incrementa el riesgo de enfermedad coronaria.

Sin embargo estas recomendaciones dietéticas no se basan en una evidencia fuerte.

Perspectiva histórica

En 1939, Muller (1) proporcionó la primera documentación de enfermedad cardíaca prematura en personas diagnosticadas con HF, junto con orientación dietética. Recomendó que los pacientes con HF consumieran una dieta “pobre en colesterol” sin ninguna “yema de huevo, manteca, crema, leche entera o grasa de origen animal”. Sin embargo, en una advertencia afirmó que no había una base empírica ″ para formular ninguna opinión con respecto a los efectos (de la dieta)".

Cincuenta años después, Connor y Connor (2) elogiaron a Muller por recomendar “restringir las grasas animales en pacientes con HF” pero los supuestos beneficios de la dieta no se habían confirmado en un ensayo controlado aleatorio (ECA). De hecho, cuando los Connors elogiaron las pautas de Muller para la HF, no había un solo ECA que informara beneficios sobre eventos coronarios con la dieta que se había convertido en el estándar de atención para las personas con HF.

La orientación dietética para las personas con HF no ha cambiado en las tres décadas desde que los Connors publicaron el valor de una dieta baja en grasas saturadas y en colesterol. Los ejemplos de recomendaciones contemporáneas incluyen también una recomendación a consumir “cortes magros de carne y eliminar la piel de las aves de corral, seleccionar quesos y leches con bajo contenido de grasa, y evitar los aceites de coco y palma, manteca, etc.”.

Las recomendaciones dietéticas de la Asociación Americana del Corazón (AHA su sigla en inglés) de 2018 (3) establecieron que las personas con HF deben seguir una dieta “saludable para el corazón” que reduzca el LDL-c, que limite las fuentes de grasas saturadas de origen animal y vegetal, enfatizando el consumo de “productos lácteos bajos en grasa y aves bajas en grasa (sin la piel) "... y aceites vegetales no tropicales (coco) ″.

A pesar del consenso de que las personas con HF deben seguir una dieta baja en grasas saturadas y colesterol, existe una ausencia notable de ECA que evalúen los beneficios de la dieta con puntos finales cardiovasculares en este grupo. De hecho, una revisión exhaustiva reciente de la Colaboración Cochrane de 15 ECA (4) dietéticos enunció: “No se pueden sacar conclusiones sobre la efectividad de una dieta para reducir el colesterol ... para la HF, en cuanto a los resultados primarios”, que se refirió a la ausencia de hallazgos sobre los efectos de reducir el colesterol con dieta sobre la incidencia de enfermedades cardíacas y mortalidad en HF.

Esta perspectiva histórica ilustra no solo la *ausencia de una base de evidencia para las recomendaciones dietéticas en personas con HF, también pone el énfasis en que una dieta baja en grasas puede hacer que las personas con HF consuman alimentos ricos en carbohidratos, lo que es potencialmente contraproducente, ya que puede exacerbar un fenotipo resistente a la insulina*.

Recientemente, DuBroff y de Lorgeril (5) publicaron una revisión exhaustiva de 28 ECA que evalúan los efectos de las intervenciones dietéticas sobre los resultados cardiovasculares y/o de mortalidad en personas que no tienen HF. Con respecto al supuesto vínculo del colesterol en la dieta con los resultados coronarios, encontraron **solo dos ensayos que informaron un beneficio de mortalidad de la dieta en el grupo intervención** y los dos ensayos no mostraron cambios en los niveles de colesterol en suero con la intervención de la dieta. También informaron que hubo ocho ECA que involucraron explícitamente el reemplazo de grasas saturadas con grasas poliinsaturadas, pero ninguno informó un beneficio en la mortalidad y solo 2 informaron una reducción en los eventos cardiovasculares. Finalmente, notaron que dos ECAs “informaron aumento de la mortalidad y/o eventos cardiovasculares al reducir el colesterol”. En oposición a la característica central de la hipótesis del corazón de la dieta, DuBroff y de Lorgeril concluyeron que *"las dietas que reemplazan las grasas saturadas con grasas poliinsaturadas no reducen de manera convincente los eventos cardiovasculares o la mortalidad".*

Entonces, ¿qué ocurre con los factores de riesgo de la enfermedad cardíaca?

Debido a que el LDL-C está elevado en HF y un subconjunto de personas de este grupo tienen enfermedad coronaria prematura, se supone que una reducción de LDL-c inducida por la dieta actúa como un marcador sustituto (subrogante) efectivo para mejorar la salud cardiovascular. Sin embargo, existe evidencia de que el LDL-c, de forma aislada, es un pobre marcador de riesgo de enfermedad coronaria en la población general, así como en la HF.

Algunos datos:

En un trabajo reciente Bittencourt y col. (6) comentaron sobre el hallazgo de un porcentaje sustancial de individuos con un nivel muy alto de LDL-c (> 190 mg/dL) y un puntaje de calcio en la arteria coronaria de cero (CAC). Estos pacientes tuvieron un riesgo muy bajo de futuros eventos coronarios.

Además, una revisión exhaustiva de los estudios sobre la tasa de mortalidad en relación con los niveles de LDL-c mostró que las personas mayores de 60 años con el LDL-C más alto vivieron tanto tiempo, o incluso más, que aquellos con niveles bajos de LDL-c (7).

Por lo tanto, será valioso identificar biomarcadores distintos al LDL-c que estén estrechamente asociados con la enfermedad coronaria y, lo que es más importante, que se vean afectados por intervenciones dietéticas que pueden ser beneficiosas para las personas con HF.

Finalmente, un estudio demostró que las personas con HF, que se distinguen únicamente por tener TG altos (> 200 mg/dl), presentaron una ocurrencia tres veces mayor de infarto de miocardio, en comparación con las personas con HF con TG bajo (<200 mg/dL) (8)

Puntos clave

Las pautas dietéticas actuales para el manejo del riesgo de enfermedad coronaria en la HF estás desactualizadas.

No hay evidencia que respalde la recomendación de que las personas con HF deban consumir una dieta baja en grasas saturadas y en colesterol.

Una dieta baja en carbohidratos mejora significativamente los biomarcadores de enfermedades cardiovasculares, en comparación con una dieta baja en grasas.

Una amplia investigación ha documentado que la hipercoagulación es un factor de riesgo más importante para la enfermedad coronaria que el LDL-c en la HF.

Referencias

1. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/545062

2. Connor WE, Connor SL. Dietarytreatmentoffamilial hypercholesterolemia. Arteriosclerosis 1989;**9**:I91–195.pmid:2536273

3. https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000625

4. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001918.pub3/full

5. https://ebm.bmj.com/content/early/2019/07/10/bmjebm-2019-111180

6. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002191501931576X?via%3Dihub

7. https://bmjopen.bmj.com/content/6/6/e010401

8. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0026049586901460?via%3Dihub

Reducción de grasas saturadas de la dieta y eventos CV.

Publicado el 3/06/20

Una revisión Cochrane saca a la luz conclusiones importantes.

1. *No* hubo un efectosignificativo en reducir las grasas saturadas sobre la mortalidad total.
2. *No* hubo un efectosignificativo en reducir las grasas saturadas sobre la mortalidad cardiovascular.
3. *No* hubo un efectosignificativo en reducir las grasas saturadas sobre la mortalidad cardíaca.
4. *No* hubo un efectosignificativo en reducir las grasas saturadas sobre el IAM fatal.
5. *No* hubo un efectosignificativo en reducir las grasas saturadas sobre el IAM no fatal.
6. *No* hubo un efectosignificativo en reducir las grasas saturadas sobre los eventos CV.
7. *No* hubo un efectosignificativo en reducir las grasas saturadas sobre el ACV.

El único hallazgo significativo fue para Enfermedad CV.
RR= 0.79 (IC95% 0.66 - 0.93).
Sin embargo, se realizó un análisis de sensibilidad sobre los ECA que lograron cumplir con la reducción de grasas saturadas, excluyendo los que no lo lograron.
En ese análisis aquellos ECA que cumplieron NO mostraron beneficios en los eventos CV.
El análisis de sensibilidad sirve para generar hipótesis que después deben ser corroboradas.

Empaglifozina y Dapaglifozina para el tratamiento de la ICC.

Publicado el 17/09/20

Financiados por Boehringer, Zannad y col. realizaron un metanálisis de dos grandes ensayos clínicos aleatorizados (ECA) sobre inhibidores de SGLT2 en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (1): el ECA EMPEROR-Reduced (con empaglifozina) y el ECA DAPA-HF (con dapaglifozina). Aquí se resumen los resultados.

Antecedentes
Los dos estudios mostraron que la inhibición del cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2) redujo el riesgo combinado de muerte cardiovascular u hospitalización por insuficiencia cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección disminuída, con o sin diabetes.

Resultados
Entre 8474 pacientes combinados de ambos ensayos, el efecto estimado del tratamiento fue una reducción del 13% en la muerte por cualquier causa (HR combinado 0,87, IC95% 0,77-0,98; p= 0,018) y una reducción del 14% en muerte cardiovascular (HR: 0.86, IC95%: 0.76–0.98; p=0.027).
El uso de inhibidores de SGLT2 estuvo acompañado por una reducción relativa del 26% en el riesgo combinado de muerte cardiovascular o primera hospitalización por insuficiencia cardíaca (HR 0.74, IC95%: 0.68-0.82; p <0.0001) y por una disminución del 25% en la combinación de hospitalizaciones recurrentes por insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular (HR 0.75, IC95%: 0. 68–0.84; p <0.0001).

El riesgo del criterio de valoración combinado renal también se redujo (HR0.62, IC95%:0.43–0.90; p = 0.013). Ninguna de las pruebas de heterogeneidad del tamaño del efecto entre los ensayos fue significativa.

Interpretación de los autores
Los efectos de la empagliflozina y la dapagliflozina sobre las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca fueron consistentes en los dos ensayos independientes y sugieren que estos agentes también mejoran los resultados renales y reducen la muerte por todas las causas y por causas cardiovasculares en pacientes con fracción de eyección reducida.
Ambos medicamentos ya se han puesto en práctica para la insuficiencia cardíaca en personas con y sin diabetes, y puede que en el futuro sean parte del cuidado estándard (como los IECA) para la insuficiencia cardíaca.

Obstáculos:
Son medicamentos costosos en la actualidad, implica agregar medicación y potenciales efectos adversos (la mayoría de la gente quiere tomar menos comprimidos y no quiere tener efectos adveros) y los médicos precisan comprender el beneficio de estas drogas, las interacciones y efectos adversos.

Comentario
A pesar de la interpretación de los autores, es importante tener en cuenta que ninguno de los ensayos por separado tuvo el poder estadístico para evaluar los efectos sobre la mortalidad cardiovascular o por cualquier causa ni para caracterizar los efectos en subgrupos clínicamente

importantes (edad, sexo, raza, clase funcional, región, estado de la DBT 2, tratamiento con IECA, antecedentes de internación por insuficiencia cardíaca, clearence de creatinina e índice de masa corporal). Quizás, el resultado no fue significativo en los estudios por separado pero sí lo fue en el meta-análisis porque aumentó el n de pacientes.

En principio, tendremos que aguardar a más estudios que nos ayuden a definir mejor la conducta en pacientes con insuficiencia cardíaca y baja fracción de eyección.

Referencia

https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31824-9/fulltext

¿Qué te acordás de la estenosis aórtica?

Publicado el 15/03/20

Desafortunadamente, la detección de un soplo sistólico no es confiable tanto para el diagnóstico inicial de EA como para la evaluación de la gravedadde la enfermedad.

Un estudio basado en la comunidad demostró poca sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de cardiopatía valvular significativa basada en laauscultación por parte de médicos generales (sensibilidad 44%, especificidad 69%) y cardiólogos (sensibilidad 31%, especificidad 81%). (1)

A su vez, la precisión del examen físico es bastante mala en pacientes con sobrepeso (índice de masa corporal> 25 kg / m 2).

El momento óptimo de intervención para EA es una decisión compleja que toma en consideración múltiples factores.

Por un lado, el tratamiento conservador de la EA grave asintomática conlleva un riesgo de eventos cardíacos adversos, incluido muerte súbita cardíaca, asícomo de remodelación miocárdica y fibrosis progresiva del VI.

Por otro lado, a pesar de los avances significativos en la seguridad y la efectividad del reemplazo valvular aórtico quirúrgico transcatéter (TAVR), estas terapiasno están exentas de riesgos.

Además, todas las válvulas bioprotésicas tienen una vida útil limitada debido al deterioro estructural de la válvula, desde el momento de la implantación de la válvula.

Las válvulas mecánicas requieren anticoagulación, lo que aumenta el riesgo de sangrado.

Todas las válvulas protésicas también conllevan un riesgo de endocarditis y eventos tromboembólicos.

El reemplazo de la válvula aórtica no es una cura para la EA, sino que cambia una afección médica (por ej., Disfunción de la válvula) por otra (por ej., Una válvula protésica).

Referencias

(1) Gardezi S.K.M., Myerson S.G., Chambers J., et al: Cardiacauscultationpoorlypredictsthepresenceof valvular heartdisease in asymptomaticprimarycarepatients. Heart 2018; 104: pp. 1832-1835

(2) BMJ 2016;354:i5085 (3) CardiologyClinics, 2020-02-01, Volumen 38, Número 1, Páginas 55-63

¿Qué te acordás de la insuficiencia mitral?

Publicado el 23/02/20

El 10% de los adultos de 75 años o más tienen insuficiencia mitral (IM).
Con una población que envejece, la prevalencia de insuficiencia mitral aumenta.
Las preguntas que caben en atención primaria son:

¿Cuándo se indica un tratamiento quirúrgico y en qué casos?

Un reciente artículo del JAMA Cardiology nos da algunas pautas (1).
Es importante saber que **las recomendaciones provienen de estudios observacionales** con lo que **no tienen un buen nivel de evidencia**.

¿Cómo se produce?

La **IM primaria** se debe a una enfermedad intrínseca del aparato valvular mitral (VM), mientras que la **IM funcional** proviene de una enfermedad del ventrículo izquierdo (VI), lo que resulta en cambios geométricos del aparato mitral con una VM anatómicamente normal.

¿Cuándo se opera?

El momento de decisión quirúrgica de la insuficiencia mitral degenerativa primaria es controvertido en pacientes asintomáticos.

Pautas actuales

En gran parte basado en estudios observacionales, se recomienda la cirugía VM en:

1. Pacientes **sintomáticos con insuficiencia mitral primaria severa crónica siempre que la disfunción del VI no sea severa** (recomendación de clase I).

2. Se da el mismo nivel de recomendación para pacientes asintomáticos con insuficiencia mitral primaria severa crónica con disfunción del VI (fracción de eyección del VI <60%) o agrandamiento (diámetro de fin de sístole del VI ≥40 a 45 mm).

3. La cirugía de la válvula mitral se puede considerar también (recomendación de clase IIa) en pacientes asintomáticos sin disfunción del VI si el riesgo quirúrgico es bajo (≤1% de mortalidad), y existe una alta probabilidad (> 95%) de reparación duradera de la VM si se realiza en un centro de válvulas cardíacas de excelencia.

4. Se da el mismo nivel de recomendación para la reparación de VM en pacientes asintomáticos con fibrilación auricular (FA) de nueva aparición o hipertensión pulmonar (> a 50 mm Hg).

5. En la actualización de las guiás de 2017,se agregó un aumento progresivo en el tamaño del VI o una disminución en la fracción de eyección en las imágenes en serie como una recomendación de clase IIa para la cirugía, incluso cuando el diámetro de fin de sístole del VI sea < a 40 mm la FE del VI sea menor al 60%.

El momento de la cirugía en pacientes asintomáticos con insuficiencia mitral es clínicamente desafiante porque los pacientes pueden permanecer toda la vida asintomáticos.

(1) https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2759799

Terapia antiplaquetaria en el post IAM

Publicado el 18/02/20

El Estudio Sueco

En septiembre del año pasado se publicó (1) un análisis de estudios secundarios que evaluaban los registros del SWEDEHEART en cuanto a la ocurrencia desangrados mayores en pacientes postinfartados en los que se les indicaban distintos tipos de terapia antiplaquetaria.

Tené en cuenta que en estos tipos de estudios, las conclusiones que se obtienen dependen de la calidad de los mismos.

Por ej. En estos casos puede ocurrir el subregistro de sangrados menores.

Sin embargo dado que en este estudio se cuantifica la ocurrencia de sangrados mayores, este subregistro es menos probable.

Objetivos

Describir las tendencias temporales de las hemorragias hospitalarias y extrahospitalarias paralelas al desarrollo de nuevos tratamientos yresultados isquémicos en los últimos 20 años en una población que había sufrido un IAM a nivel nacional.

Métodos y resultados.

Los pacientes con IAM fueron *n*= 371.431) inscritos en el registro SWEDEHEART desde 1995 hasta mayo de 2018 fueron seleccionados y evaluados para ver los eventos de sangrado dentro y fuera del hospital al año.

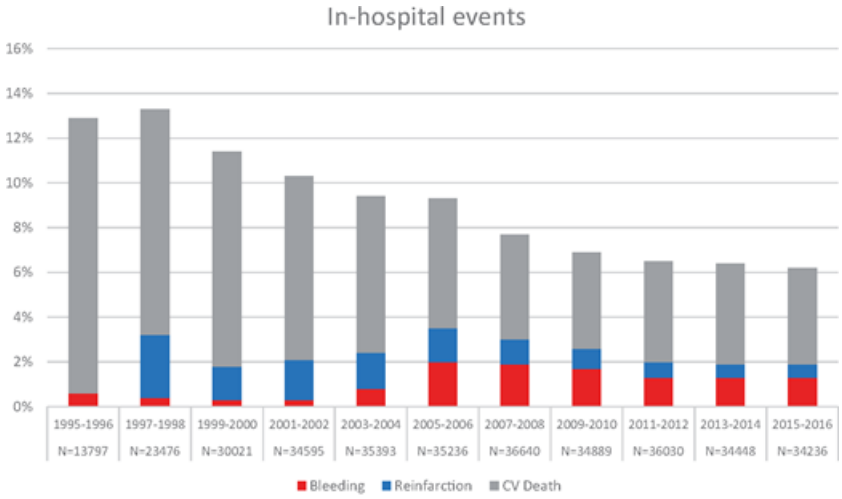
La hemorragia intrahospitalaria se definió como: Fatal, intracraneal o sangrado que requiere transfusión de sangre o intervención.

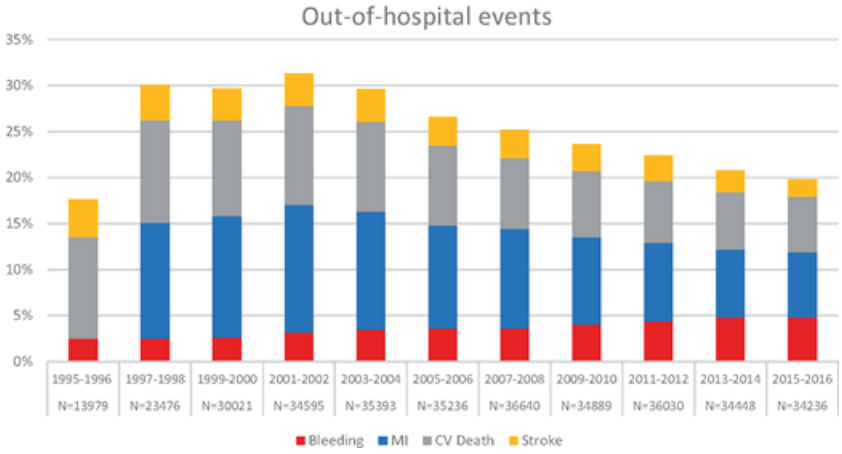
La misma aumentó del 0,5% a un pico al 2% entre 2005/2006 y, posteriormente, disminuyó ligeramente a una nueva meseta en torno al 1,3% al final del períodode estudio.

El sangrado extrahospitalario al año se definió como la rehospitalización después del índice de infarto de miocardio debido a hemorragia del tractogastrointestinal, urogenital, vías respiratorias, ojos, oídos o hemorragia cerebral.

La misma aumentó de forma gradual de 2.5% a 3.5% en la mitad del período de estudio y a 4.8% al final del período de estudio.

El aumento de la hemorragia tanto en el hospital como fuera del hospital fue paralelo al aumento del uso de la estrategia invasiva y el tratamiento antitrombóticoadyuvante, la terapia antiplaquetaria dual Aspirina-clopidogrel y Aspirina- prasugrel, mientras que la disminución de la hemorragia en el hospital de 2007 a 2010fue paralelo a la implementación de estrategias para evitar el sangrado.
El re-infarto en el hospital disminuyó de 2.8% a 0.6% y el IAM fuera de hospital disminuyó de 12.6% a 7.1%.
El IAM compuesto extrahospitalario, la muerte cardiovascular y el accidente cerebrovascular disminuyeron de manera similar del 18.4% al 9.1%. (Ver siguientegráfico).





En el gráfico de barras superior se cuantifican los eventos de pacientes internados mientras que el esquema de barras inferior corresponde a los eventos enpacientes ambulatorios.
Bleeding: Sangrado
MI: Infarto de miocardio
CV death: Muerte de causa CV
Stroke: ACV

Conclusión

Durante los últimos 20 años, la introducción de un tratamiento antitrombótico invasivo y más intenso se ha asociado con un aumento en los eventoshemorrágicos, pero concomitantemente ha habido una reducción sustancial mayor de los eventos isquémicos, incluida una mejor supervivencia.

(1) https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz593

¿Darías colchicina en el infarto?

Publicado el 22/12/19

Cada vez más se cree que la inflamación desempeña un papel central en la patogénesis de la aterosclerosis y los eventos coronarios agudos.
Los beneficios comprobados en prevención secundaria de coronariopatía (p. ej., estatinas y aspirina) parecen tener efectos saludables sobre la inflamación, y se generan muchas expectativas en tratamientos dirigidos a disminuir la respuesta antiinflamatoria.

En 2017 se realizó un ensayo con canakinumab, un anticuerpo monoclonal que inhibe la interleucina-1β, que reduce el nivel de proteína C reactiva de alta sensibilidad y resultó en un riesgo moderadamente menor de un resultado compuesto cardiovascular (Estudio CANTOS) (1)

En 2013 se realizó el primer ensayo controlado en pacientes con angor crónico estable y colchicina 0.5 mg/día (2) para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.

El principio es que la colchicina pueda reducir el riesgo de inestabilidad de la placa inhibiendo la función de los neutrófilos muy activos en la placa inestable.

Ahora se acaba de publicar un ensayo clínico aleatorio (ECA) dobe ciego con Colchicina vs Placebo en pacientes dentro de los 30 días posteriores a un infarto agudo de miocardio (IAM). (3)

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente para recibir dosis bajas de colchicina (0,5 mg una vez al día) o placebo.

El punto final primario de eficacia fue un resultado compuesto de:

Muerte por causas cardiovasculares

Paro cardíaco resucitado

Infarto de miocardio (IAM)

Accidente cerebrovascular (ACV) u

Hospitalización urgente por angina que condujo a revascularización coronaria.

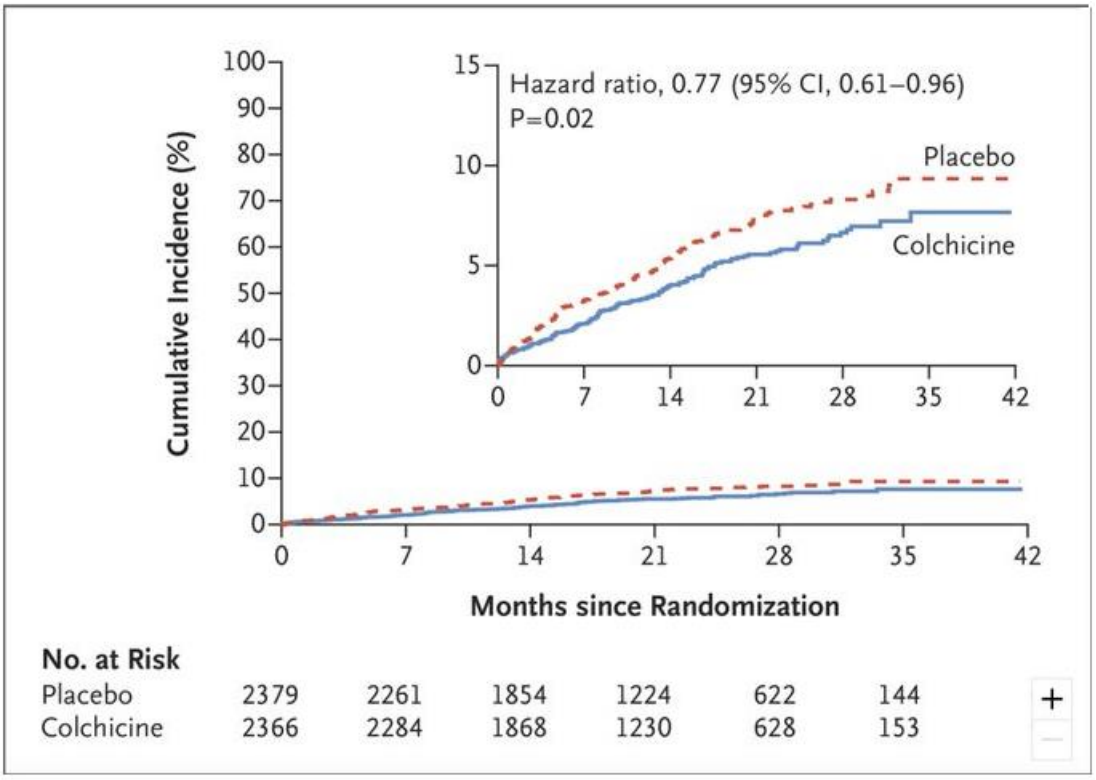
También se evaluaron los componentes del punto final primario y la seguridad.

Resultados

Se estudiaron un total de **4745 pacientes**;

Se asignaron 2366 pacientes al grupo de colchicina y 2379 al grupo de placebo.
Los pacientes fueron seguidos durante una mediana de **22,6 meses**.

El punto final primario se produjo en el 5,5% de los pacientes del grupo de colchicina, en comparación con el 7,1% de los del grupo de placebo (Relaciones de riesgo, 0,77; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,61 a 0,96; P = 0,02).



Las relaciones de riesgo individuales fueron las siguientes:

Resultado	Relación de riesgo (IC 95%)
Muerte de causa cardiovascular	0.84 (0.46 a 1.52)
Paro cardíaco resucitado	0.83 (0.25 a 2.73)
IAM	0.91 (0.68 a 1.21)
ACV	**0.26 (0,10 a 0,70)**
Hospitalización de urgencia por angina que conduce a revascularización coronaria	**0,50 (0,31 a 0,81)**

Cómo se ve en la tabla de arriba, sólo el ACV y la hospitalización urgente por angina que conduce a revascularización coronaria fueron significativas en losresultados individuales. La diferencia de eventos absoluta fue pequeña.

Se informó diarrea en el 9,7% de los pacientes del grupo de colchicina y en el 8,9% de los del grupo de placebo (P = 0,35).

Conclusiones

Entre los pacientes con un infarto de miocardio reciente, la colchicina a una dosis de 0,5 mg al día condujo a un riesgo significativamente menor de eventoscardiovasculares compuesto que el placebo (**traccionados fundamentalmente por el ACV y la hospitalización por angina inestable**).

Habrá que esperar más información sobre efectividad para asegurarnos mejores resultados.

Referencias

(1) https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1914378?query=recirc_curatedRelated_article
(2) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23265346
(3) https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1912388?query=featured_home

Un hipoglucemiante oral en la DBT tipo I

Publicado el 22/06/20

Las guías NICE de Inglaterra han recomendado insulina y dapaglifozina para tratar algunos casos especiales en diabetes (DBT) tipo 1.
Si bien aclara que la indicación y monitoreo deben ser realizado por diabetólogos es importante conocer esta opción terapéutica.

La dapagliflozina es un inhibidor del co-transportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2) que produce glucosuria. Fue aprobado por primera vez por la Unión Europea para tratar la DBT tipo 2 en noviembre de 2012.

En 2018, un comité de evaluación de NICE no la había recomendado por presentar un mayor riesgo de cetoacidosis diabética (CAD) en la DBT tipo 1. Pero esto cambió a partir de tres ensayos clínicos que aparecieron en ese año:
1) EASE (con empaglifozina) Diabetes Care 2018,
2) DEPICT (con dapaglifozina) Diabetes Care 2018 y
3) InTANDEM (con zotaglifozina) Diabetes Care 2018.

Al explicar su decisión, desde NICE se planteó: “En la actualidad, se considera que la dapagliflozina junto con insulina solo tiene beneficios modestos según la evidencia de estos ensayos clínicos.

Mostraron pequeñas mejoras en los niveles de hiperglucemia, pérdida de peso, disminución de la presión arterial y mejoras muy pequeñas en la calidad de vida. Sin embargo, se destaca una necesidad insatisfecha de intervenciones que ayuden a las personas a alcanzar un buen control glucémico sin complicaciones ".

NICE especifica que **la dapagliflozina NO es un sustituto de la insulina en la DBT tipo 1** pero podría usarse junto con la insulina si se cumplen ciertos criterios.

Los candidatos a esta terapéutica son:

- Adultos con DBT tipo 1
- Con un índice de masa corporal (IMC) de 27 kg/m2 o más.
- Con difícil control de su glucemia, cuando la insulina sola no proporciona un control glucémico adecuado a pesar de la terapia óptima solo si:

a) están en dosis de insulina de 0.5 unidades/kg de peso corporal/día o más,
b) han completado un programa educativo estructurado que se base en evidencia, con calidad garantizada, impartido por educadores capacitados y que incluya información sobre cetoacidosis diabética. Lo último implica saber reconocer sus factores de riesgo, signos y síntomas, cómo y cuándo controlar los niveles de cetonas en sangre y qué acciones tomar si aumenta la cetonemia.

- El tratamiento sea iniciado y supervisado por un diabetólogo, y los niveles de hemoglobina A1c (HbA1c) se evalúen después de 6 meses y regularmente después.

Esta indicado suspender el tratamiento con dapagliflozina si no ha habido una mejora sostenida en el control glucémico (es decir, una caída en el nivel de HbA1c de aproximadamente 0.3% o 3 mmol/mol).

Hay que recordar que la cetoacidosis también es un efecto que puede darse con este grupo de drogas en la DBT tipo 2. Los SGLT2 aumentan la cetonemia aunque el mecanismo no es del todo conocido. Se teoriza que aumenta el glucagon e inhiben la excreción de cetonas.

Cuando no iniciar tratamiento

La dapagliflozina no debe iniciarse en personas con:

1) DBT 1 que tengan un bajo requerimiento de insulina o

2) clearence de creatinina menor de 60 ml/min y se debe suspender si este es persistentemente inferior a 45 ml/min.

Durante el tratamiento con dapagliflozina, se debe optimizar la terapia con insulina continuamente para prevenir cetosis y cetoacidosis diabética, y la dosis de insulina solo debe reducirse para evitar la hipoglucemia.
Los pacientes no pueden estar ayunando (si ese fuera el caso deberían suspender la dapaglifozina 24-48 hs antes).

Dosis diaria inicial de dapaglifozina: 5 mg.

https://www.nice.org.uk/guidance/ta597/chapter/1-Recommendations (Febrero 20

Hipertensión en ancianos.

Publicado el 7/12/20

El manejo de la presión arterial (PA) en las personas mayores es un desafío, particularmente con una fragilidad creciente.
La hipertensión es la enfermedad crónica más común en los adultos mayores, prevalente en más del 75% por encima de los 80 años.
El pronóstico de acuerdo con la PA, incluida la PA elevada, en la vejez sigue siendo incierto en comparación con los menores de 70 años.
Se debe tener precaución al extrapolar los resultados de los ensayos controlados aleatorios (ECA), ya que los adultos mayores frágiles estánsub-representados en los ensayos clínicos debido a una esperanza de vida limitada, comorbilidades, polifarmacia y alteraciones de cognición.

Los ECA dirigidos a la PA en adultos mayores han extraído conclusiones contrastantes sobre el pronóstico de la PA con los estudios observacionales.
Las pautas de PA reflejan la incertidumbre de cómo llevar a la práctica clínica los ECA, con objetivos de PA para adultos mayores que oscilan entre≤ 130 / 80 y ≤150 / 90 mmHg a nivel internacional.
El ensayo de intervención de la PA sistólica (SPRINT) encontró que en adultos mayores no frágiles elegibles para participar, un objetivo dePA sistólica (S) ajustado < 120 mmHg redujo la mortalidad y los eventos cardiovasculares en comparación con < 140, aunque con tasas más altas dedaño renal y síncope.
Sin embargo, el SPRINT excluyó la demencia, la fragilidad significativa y los residentes de hogares de ancianos.
Los análisis observacionales de poblaciones de personas mayores representativas han demostrado un exceso de mortalidad con PAS bajas.
En nuestro estudio de adultos mayores de 80 años con hipertensión, encontramos que la PAS < 135 mmHg se asoció con un mayor riesgo demortalidad, a pesar de un aumento de los eventos cardiovasculares incidentes con una PAS ≥ 155 mmHg.
Un meta-análisis reciente de estudios observacionales no encontró diferencias en la mortalidad en los adultos mayores frágiles con PAS< 140 mmHg en comparación con > 140 mmHg, en contraste con la reducción de la mortalidad en los no frágiles <140 mmHg [1].

Un análisis previo sobre la trayectoria de la PAS y el estado de fragilidad postuló que el aumento de la mortalidad con PAS más bajas podríaatribuirse a la disminución de la PA en los 48 meses anteriores a la muerte, lo que demuestra la causalidad inversa; previamente hemosmostrado descensos de la PA pre-terminal durante 14-18 años, que fueron particularmente marcados en aquellos con hipertensión, demencia, IC ypérdida de peso al final de la vida.

En el Reino Unido, el índice electrónico de fragilidad (eFI) se utiliza principalmente para el rastreo de la fragilidad en la atención primaria.

El eFI es un modelo de déficit acumulativo que se encuentra en las historias clínicas electrónicas, derivado del enfoque de Rockwood.

Esta herramienta clasifica al 3% de los adultos mayores de 65 años como severamente frágiles y al 12% como moderadamente frágiles.

En general, los estudios observacionales han mostrado un exceso de mortalidad con PAS <130 mmHg en adultos mayores y la evidencia sobre lasintervenciones de PA en personas mayores frágiles para PA> 140/90 mmHg es limitada.

Una mejor comprensión del pronóstico de la PA según la fragilidad podría ser esencial para avanzar hacia un tratamiento personalizado y másseguro de la PA en los adultos mayores.
Este estudio evaluó las asociaciones entre la PA inicial, incluida la hipertensión, la mortalidad por todas las causas y los resultados cardiovascularesincidentes en una gran cohorte representativa de atención primaria de 75 años o más, estratificada por fragilidad eFI, con hasta 10 años de seguimiento.
Los análisis adicionales examinaron el efecto de la disminución de la PA al final de la vida sobre los resultados.

Objetivos
Estimar las asociaciones observacionales entre la PA basal y los resultados de mortalidad / cardiovasculares en una población de atención primariamayor de 75 años, estratificada por fragilidad.

Método
Análisis observacional prospectivo utilizando historias clínicas electrónicas (enlace de datos de investigación de práctica clínica, *n* = 415.980).
Se probaron las asociaciones de la PA con los eventos cardiovasculares y la mortalidad utilizando modelos competitivos y de riesgos proporcionalesde Cox respectivamente (seguimiento ≤10 años), estratificados por el índice de fragilidad electrónica inicial (eFI: ajuste (no frágil), fragilidad leve,moderada, grave) , con análisis de sensibilidad sobre comorbilidad, riesgo cardiovascular y trayectoria de la PA.

Resultados
Los riesgos de resultados cardiovasculares aumentaron con PAS> 150 mmHg.
Las asociaciones con la mortalidad variaron entre los no frágiles < 85 años y los frágiles de 75 a 84 años y todos los mayores de 85 años.
Las PAS por encima de la referencia de 130-139 mmHg se asociaron con un menor riesgo de mortalidad, particularmente en la fragilidad moderada asevera o mayores de 85 años:
Personas de 75-84 años: 150-159 mmHg vs 130-139 Hazard Ratio (HR) HR = 0,94, 0,92–0,97;
Fragilidad moderada / grave HR = 0,84, 0,77–0,92).

La PAS < 130 mmHg y la PA diastólica (D) < 80 mmHg se asociaron consistentemente con un exceso de mortalidad, independientemente de latrayectoria de la PA hacia el final de la vida.

Conclusiones
En pacientes representativos de atención primaria de 75 años o más, la PA < 130/80 se asoció con un exceso de mortalidad.
La hipertensión no se asoció con un aumento de la mortalidad en las edades mayores a los 85 o en las edades de 75 a 84 con fragilidadmoderada / grave, quizás debido a la complejidad de las morbilidades coexistentes.
La prioridad dada a la reducción agresiva de la PA en personas mayores frágiles requiere una evaluación adicional.

Referencias

Artículo extraído de: https://academic.oup.com/ageing/article/49/5/807/5775492

[1] Todd, Wilkinson, Hale M Istheassociationbetweenbloodpressure and mortality in olderadultsdifferentwithfrailty?A systematicreview and meta-analysis. *Age Ageing* 2019; 48: 627 – 35

¿Cuánto baja la presión arterial comer sin sal?

Publicado el 15/12/20

Estudios de cohortes recientes muestran que la ingesta de sal por debajo de 6 g se asocia con un aumento de la mortalidad.
Estos hallazgos no han cambiado las recomendaciones públicas para reducir la ingesta de sal por debajo de 6 g, que se basan en supuestos efectosde la presión arterial (PA) y ningún efecto secundario.

Objetivos

Evaluar los efectos de la reducción del sodio sobre la PA y los posibles efectos secundarios (hormonas y lípidos)

Métodos de búsqueda

La sección Cochrane especializada en Hipertensión buscó ensayos controlados aleatorios en las siguientes bases de datos hasta abril de 2018 y unabúsqueda complementaria en marzo de 2020:

Aparte, se estableció contacto con los autores de artículos relevantes con respecto a trabajos adicionales publicados y no publicados.

Las búsquedas no tenían restricciones de idioma. Los artículos de búsqueda de recarga se registran "en espera de evaluación".

Criterios de selección

Se incluyeron estudios que asignaron al azar a las personas a dietas bajas en sodio y altas en sodio si evaluaban al menos uno de los parámetros deresultado (Presión Arterial (PA), renina, aldosterona, noradrenalina, adrenalina, colesterol, HDL-c, LDL-c y triglicéridos).

Resultados principales

Desde la primera revisión en 2003, el número de REFERENCIAS incluidas ha aumentado de 96 a 195 (174 eran participantes de etnia caucásica).

Como un estudio anterior encontró diferentes resultados de PA en poblaciones de etnias caucásicas y afroamericana, se estratificaron los resultados de PA poretnias.

El efecto de la reducción de sodio (de 203 a 65 mmol/día) sobre la PA en participantes de etnia **caucásica** fue el siguiente:

<u>En personas normotensas</u>:

PAS 5982 participantes, 95 ensayos:

Diferencia de medias (DM) -1,14 mmHg (IC 95%: -1,65 a -0,63)

PAD 6276 participantes, 96 ensayos:

DM + 0,01 mmHg (IC95%: -0,37 a 0,39).

En hipertensos:

PAS 3998 participantes, 88 ensayos:

DM -5,71 mmHg (IC del 95%: -6,67 a -4,74)

PAD 4032 participantes, 89 ensayos (todas pruebas de alta calidad):

DM -2,87 mmHg (IC del 95%: -3,41 a -2,32).

El mayor contraste de sesgo fue de sesgo de detección.

Una comparación de estudios de bajo riesgo de sesgo de detección versus estudios de alto riesgo/ incierto no mostró diferencias.

El efecto de la reducción del sodio (de 195 a 66 mmol / día) sobre la PA en participantes de etnia **afroamericana** fue el siguiente:

En las personas normotensas:

PAS: DM -4,02 mmHg (IC 95%: -7,37 a -0,68);

PAD: DM -2,01 mmHg (IC del 95%: -4,37; 0,35), 253 participantes, 7 ensayos.

En las personas hipertensas:

PAS: DM -6,64 mmHg (IC95%: -9,00, -4,27);

PAD: DM -2,91 mmHg (IC95%: -4,52 a -1,30), 398 participantes, 8 ensayos (evidencia de baja calidad).

El efecto de la reducción de sodio (de 217 a 103 mmol / día) sobre la PA en los participantes **asiáticos** fue el siguiente:

Para los normotensos:

PAS: diferencia de medias (DM) -1,50 mmHg (IC95%: -3,09; 0,10);

PAD: DM -1,06 mmHg (IC95%: -2,53 a 0,41), 950 participantes, 5 ensayos.

En los hipertensos:

PAS: DM -7,75 mmHg (IC95%: -11,44, -4,07);

PAD: DM -2,68 mmHg (IC95%: -4,21 a -1,15), 254 participantes, 8 ensayos (evidencia de calidad moderada a baja).

Durante la reducción de sodio,

La **renina** aumentó 1,56 ng / ml / hora (IC del 95%: 1,39; 1,73) en 2904 participantes (82 ensayos);

La **aldosterona** aumentó 104 pg / ml (IC del 95%: 88,4,119,7) en 2506 participantes (66 ensayos);

La **noradrenalina** aumentó 62,3 pg / ml: (IC del 95%: 41,9, 82,8) en 878 participantes (35 ensayos);

La **adrenalina** aumentó 7,55 pg / ml (IC del 95%: 0,85; 14,26) en 331 participantes (15 ensayos);

El **colesterol** aumentó 5,19 mg / dl (IC del 95%: 2,1; 8,3) en 917 participantes (27 ensayos);

Los **triglicéridos** aumentaron 7,10 mg / dl (IC del 95%: 3,1,11,1) en 712 participantes (20 ensayos);

El **LDL** tendió a aumentar 2,46 mg / dl (IC del 95%: -1; 5,9) en 696 participantes (18 ensayos);

El **HDL** se mantuvo sin cambios -0,3 mg / dl (IC del 95%: -1,66; 1,05) en 738 participantes (20 ensayos)

(Todas las pruebas fueron de alta calidad excepto las pruebas para la adrenalina).

Conclusiones de los autores

En los participantes de etnia caucásica, la reducción de sodio de acuerdo con las recomendaciones públicas dio como resultado una disminución de lapresión arterial media (PAM) de aproximadamente 0,4 mmHg en participantes con presión arterial normal y una disminución de la PAM de casi 4 mmHg en participantes con hipertensión.
La evidencia débil indicó que estos efectos pueden ser un poco mayores en participantes afroamericanos y asiáticos. Los efectos de la reducción de sodiosobre los posibles efectos secundarios (hormonas y lípidos) fueron más consistentes que el efecto sobre la PA, especialmente en personas con PA normal.

Referencia

https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004022.pub5/full/es#guías

HTA sistólica aislada.

Publicado el 04/10/20

La hipertensión sistólica aislada (HSA) a menudo se ha definido como
tensión arterial (TA) sistólica ≥ 160 mmHg y
TA diastólica < 90 mmHg.
Sin embargo, la Guía de TA del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del corazón de 2017 considera una TA sistólica de 130 mmHg como límite superior de lo normal en todas las edades para definir la HSA.

La HSA ocurre principalmente en pacientes mayores. Después de los 60 años en sujetos hipertensos, normotensos y no tratados y representa de 60 a 80% de los casos de hipertensión arterial (HTA).

Si bien las presiones sistólica y del pulso (diferencia entre la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica que constituye un índice de la distensibilidad arterial) parecen ser los principales predictores de enfermedad coronaria en adultos mayores; la diastólica es el principal predictor en menores de 50 años, y los tres índices fueron predictores entre los 50 y 59 años.

La elevación de la presión del pulso en pacientes con HSA se debe principalmente a una distensibilidad arterial disminuida.
La HSA también puede resultar de un aumento del gasto cardíaco debido a anemia, hipertiroidismo, insuficiencia aórtica, fístula arteriovenosao enfermedad ósea de Paget.

Cuando se define como una presión sistólica ≥ 140 mmHg, la HSA se asocia con un aumento de dos a cuatro veces en el riesgo de infartoagudo de miocardio (IAM), hipertrofia ventricular izquierda (HVI), alteración renal, accidente cerebrovascular y mortalidad cardiovascular.
Incluso en pacientes que también tienen hipertensión diastólica, el riesgo cardiovascular se correlaciona más estrechamente con la sistólicaque con la diastólica.

Importancia de la presión diastólica

Entre los adultos mayores, el riesgo de enfermedad coronaria varía directamente con las presiones sistólica y del pulso e inversamente con lapresión diastólica (es decir, las presiones diastólicas más bajas se asocian con un mayor riesgo).

La importancia relativa de las presiones sistólica, diastólica y del pulso es diferente en los pacientes más jóvenes.

Sin embargo, las observaciones sobre peores resultados en pacientes adultos mayores con presiones diastólicas más bajas provienenprincipalmente de estudios poblacionales o de presiones sanguíneas basales en ensayos clínicos, no después del tratamiento en ensayos clínicos.

En el ensayo clínico aleatorio (ECA) SHEP, por ejemplo, la presión arterial inicial media fue 170/77 mmHg y la presión arterial alcanzada fue143/68 mmHg en el grupo tratado y 155/72 en el grupo placebo; la edad media fue de 72 años.

A pesar de la baja presión diastólica alcanzada, el grupo tratado tuvo resultadossignificativamente mejores, incluidos menos eventos deenfermedad coronaria.

Se alcanzó una presión arterial sistólica media similar y una presión arterial diastólica más alta (143/78 mmHg) en el grupo tratado en elensayo HYVET de personas muy mayores (edad media 84 años).

Evidencia de daño de descenso de la TA diastólica.

Cuando se trata a pacientes adultos mayores con HSA no existen datos claros que brinden orientación relacionada con la presiónarterial diastólica mínima que se puede tolerar.

Un análisis del ensayo SHEP encontró aumentos significativos en los eventos cardiovasculares en el grupo de tratamiento activo cuando lapresión arterial diastólica era ≤ 60 mmHg.
En otros informes de pacientes tratados, se detectó un aumento en el riesgo de accidente cerebrovascular con diastólicas por debajo de65 mmHg y, en el ensayo INVEST de pacientes hipertensos con enfermedad de las arterias coronarias que fueron asignados aleatoriamente a una estrategia basada en verapamilo o atenolol, un mayor riesgo de IAM comenzó con presiones diastólicas entre 61 y 70 mmHg y aumentóaproximadamente 2,5 veces más a presiones diastólicas ≤ 60 mmHg.

Sin embargo, estas observaciones no prueban una relación de causa y efecto entre presiones diastólicas más bajas y resultados adversos.

En un meta-análisis que incluyó dos ensayos de HSA, se observó una curva en forma de J para la mortalidad tanto con la presión sistólicacomo con la presión diastólica en pacientes tratados y no tratados y no fue específica para la mortalidad cardiovascular.
Los autores concluyeron que la curva J probablemente se explica por la mala salud asociada más que con la presión arterial más baja,no por un efecto adverso de la terapia antihipertensiva. (Las curvas en forma de J significan que la mortalidad aumenta si es alta pero vuelvea aumentar si es demasiado baja)

En resumen, aunque los resultados adversos que pueden atribuirse solo a una disminución excesiva de la presión arterial con fármacosantihipertensivos probablemente no sean comunes en pacientes con HSA, pueden ocurrir eventos cardiovasculares si la presión diastólicase reduce por debajo del nivel necesario para mantener la perfusión a los órganos vitales, particularmente el corazón.

Se sugiere una presión diastólica postratamiento mínima de 60 mm Hg en mediciones típicas de consultorio.

Evidencia de la eficacia de disminución de la presión arterial

El tratamiento de la HTA en todos los pacientes, independientemente de la edad, consiste en modificaciones del estilo de vida y terapiaantihipertensiva.

1) Modificaciones del estilo de vida

Como en los pacientes más jóvenes, las modificaciones del estilo de vida (por ejemplo, restricción de sal en la dieta, pérdida de peso enpersonas con obesidad) pueden reducir la TA en adultos mayores con HTA.

En particular, la ingesta dietética de sodio debe restringirse moderadamente a 100 a 120 mEq / día (2300 a 2800 mg/día) ya que el efectopresor del exceso de sodio y la eficacia antihipertensiva de la restricción de sodio aumentan progresivamente con la edad.

La eficacia de la restricción de sal y la pérdida de peso en adultos mayores con HTA se demostró en el ensayo TONE de 975 personasmayores (de 60 a 80 años) que tenían una TA <145 / <85 mmHg con un fármaco antihipertensivo; 585 tenían obesidad.
Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a la atención habitual, a restricción de sal, pérdida de peso (en pacientes obesos) o ambos.
Aquellos asignados a la restricción de sal tuvieron una disminución de 40 mEq/día en la excreción urinaria de sodio. En los pacientes conobesidad, un régimen de ingesta calórica disminuida y el aumento de la actividad física se asoció con una pérdida de peso persistente de 4,7kg; estos parámetros se mantuvieron sin cambios en el grupo de atención habitual.

Después de tres meses de intervención, se intentó retirar el fármaco antihipertensivo.

Los principales criterios de valoración fueron el diagnóstico de HTA en una o más visitas de seguimiento, tratamiento con antihipertensivos o unevento cardiovascular.
La reducción de la presión arterial en comparación con la atención habitual fue de 2,6/1,1 mmHg con restricción de sal, 3,2 / 0,3 mmHg conpérdida de peso y 4,5 / 2,6 mmHg con terapia combinada.
Los criterios de valoración a los 30 meses ocurrieron significativamente con menos frecuencia con la restricción de sal (62 versus 76% conla atención habitual), la reducción de peso en sujetos con obesidad (61 versus 74%) y la restricción combinada de sal y de peso en sujetos conobesidad (56 versus 84%).

Los pacientes mayores pueden tener dificultades para cumplir con la restricción de sal en la dieta por dos razones:
1) pueden ingerir más sal para compensar la disminución de la sensibilidad al gusto y
2) es posible que dependan más de alimentos procesados y empaquetados con alto contenido de sodio que de alimentos frescos con bajocontenido de sodio.

2) Terapia antihipertensiva

Es conveniente considerar una serie de cuestiones antes de iniciar la terapia con medicamentos antihipertensivos en adultos mayores:
1) Usar dosis iniciales más bajas (aproximadamente la mitad que en pacientes más jóvenes) para minimizar el riesgo de efectos secundarios,
2) Pueden tener un barorreceptor lento y respuestas neurales simpáticas, así como una autorregulación cerebral deteriorada.

Por lo tanto, **la presión arterial debe reducirse gradualmente hasta alcanzar el objetivo durante un período de 3 a 6 meses en lugar dehoras o días para minimizar el riesgo de síntomas isquémicos**, particularmente en aquellos con hipotensión ortostática (este enfoque es coherente con las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología).

Se recomienda incluso más precaución en los muy ancianos, aunque los beneficios de un tratamiento cuidadoso probablemente superenlos riesgos en estos pacientes;
3) Muchos ensayos que muestran beneficios del tratamiento de la HTA en adultos mayores se realizaron en pacientes relativamente en forma.
Sin embargo, el ensayo de intervención de presión sistólica (SPRINT) incluyó a un gran número de adultos mayores hipertensos que vivíanen la comunidad (de 75 años o más) que estaban menos en forma o eran más frágiles en el momento de la inscripción.
En este estudio los beneficios de una reducción más intensiva de la TA estuvieron presentes en pacientes adultos mayores en forma,menos en forma y frágiles.
Por lo tanto, aunque es importante tener cuidado y evitar tratar en exceso a los adultos mayores frágiles, este grupo también parece beneficiarsede un mejor control de la presión arterial sistólica.

Como se describe a continuación, cuando se trata a adultos mayores y, en especial, a adultos mayores hipertensos frágiles, es apropiado teneresp ecial precaución en el contexto de hipotensión ortostática significativa.

Hipotensión ortostática

Un factor limitante potencial para el uso de fármacos antihipertensivos es que **hasta el 20% de los pacientes adultos mayores con HSA tienehipotensión ortostática (postural) y/o posprandial**.

La hipotensión ortostática se diagnostica cuando, a los dos minutos de estar de pie en silencio, se detecta uno o más de los siguientes:
1) caída de al menos 20 mmHg en la presión arterial sistólica,
2) caída de al menos 10 mmHg en la presión arterial diastólica o
3) síntomas de hipoperfusión cerebral (mareos, por ejemplo).

La debilidad, la fatiga o los mareos después de las comidas pueden indicar hipotensión posprandial, que se puede verificar mediante lamedición oportuna de la TA.

Los mayores hipertensos con hipotensión ortostática tienen más probabilidad de sufrir caídas.

Además, en adultos mayores se ha detectado un mayor riesgo de fractura de cadera durante los primeros dos meses del tratamiento.
Se recomienda medir las presiones en decúbito supino y en bipedestación en adultos mayores antes del inicio de la terapia antihipertensiva.

Fragilidad
Los ensayos aleatorizados que mostraron beneficios del tratamiento de la HTA en adultos mayores incluyeron pacientes relativamente enforma, ya que los frágiles a menudo tienen dificultades para participar en dichos ensayos.

Algunos estudios observacionales sugieren que los adultos mayores que son frágiles pueden no beneficiarse de la terapiaantihipertensiva.

En una cohorte de 1127 residentes frágiles de hogares de ancianos de Francia e Italia (de 80 años o más), las tasas de mortalidad a dos añosfueron más altas entre aquellos que fueron tratados con dos o más medicamentos antihipertensivos y tenían una presión sistólica menor de 130 mmHg (32%).

Elección de fármacos antihipertensivos

La declaración de la Asociación Americana del Corazón de 2015 sobre el tratamiento de la HTA en la cardiopatía isquémica, las directricesde la Sociedad Europea de Hipertensión y de la Sociedad Europea de Cardiología de 2013 sobre el tratamiento de la HTA y los metanálisis de 2008 y 2009 concluyeron que **la cantidad de reducción de la presión arterial es el principal determinante de la reducción del riesgocardiovascular tanto en pacientes jóvenes como en mayores con HTA** y **no la elección del fármaco antihipertensivo**.

Cuando se observaron diferencias en los resultados, como en el ensayo ALLHAT, el fármaco que produjo mejores resultados lograba un mejorcontrol de la presión arterial.
Este principio general de eficacia equivalente en términos de resultados cardiovasculares se aplica a la monoterapia, **no** parece aplicarse a laterapia antihipertensiva combinada.
Como se describe a continuación, la combinación de un IECA y un bloqueante cálcico de acción prolongada parece proporcionar unareducción significativa de los eventos cardiovasculares a la misma presión arterial alcanzada que un IECA y un diurético tiazídico.

Referencias:

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA GuidelineforthePrevention,

Detection, Evaluation, and Management of High BloodPressure in Adults: A Reportofthe American CollegeofCardiology/American Heart AssociationTaskForceonClinicalPracticeGuidelines. Hypertension 2018; 71:e13.
2. https://studylib.es/doc/6886785/hipertensi%C3%B3n-sist%C3%B3lica-aislada-en-el-anciano
3. American SocietyofHypertension. Circulation 2015; 131:e435.
4. BloodPressureLoweringTreatmentTrialists' Collaboration, Turnbull F, Neal B, et al. Effectsofdifferentregimenstolowerbloodpressureonmajor cardiovascular events in older and youngeradults: meta-analysisofrandomisedtrials. BMJ 2008; 336:1121.
5. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use ofbloodpressureloweringdrugs in thepreventionof cardiovascular disease: meta-analysisof 147 randomisedtrials in thecontextofexpectationsfromprospectiveepidemiologicalstudies. BMJ 2009; 338:b1665.
6. ALLHAT Officers and Coordinatorsforthe ALLHAT CollaborativeResearchGroup. TheAntihypertensive and Lipid-LoweringTreatmenttoPrevent Heart Attack Trial. Majoroutcomes in high-riskhypertensivepatientsrandomizedtoangiotensin-convertingenzymeinhibitororcalciumchannelblocker vs diuretic: TheAntihypertensive and Lipid-LoweringTreatmenttoPrevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA 2002; 288:2981.
7. Hansson L, Lindholm LH, Ekbom T, et al. Randomised trial ofold and new antihypertensivedrugs in elderlypatients: cardiovascular mortality and morbiditytheSwedish Trial in Old Patientswith Hypertension-2 study. Lancet 1999; 354:1751.

La urgencia hipertensiva no se trata con antiHTA.

Publicado el 19/05/20

JS es una mujer de 50 años quien ante la situación de encierro de la cuarentena comenzó con dolores en cuello y decidió tomarse la presión.

La misma era 180/110

Asustada te llama, no tiene antecedentes patológicos de importancia, hace dieta sana, mantiene su peso y va al gimnasio 3 veces por semana pero desde hace casi 2 meses esto no es así, y se siente angustiada y encerrada.
La verdad es que te tiene confianza como su médica y no quiere llamar a la emergencia ni ir a la guardia.

¿Qué conducta adoptás?

a. Le indicás IECA o ARA II y que se controle la presión en 2 horas.

b. Que llame a la emergencia.

c. Que vaya a la guardia.

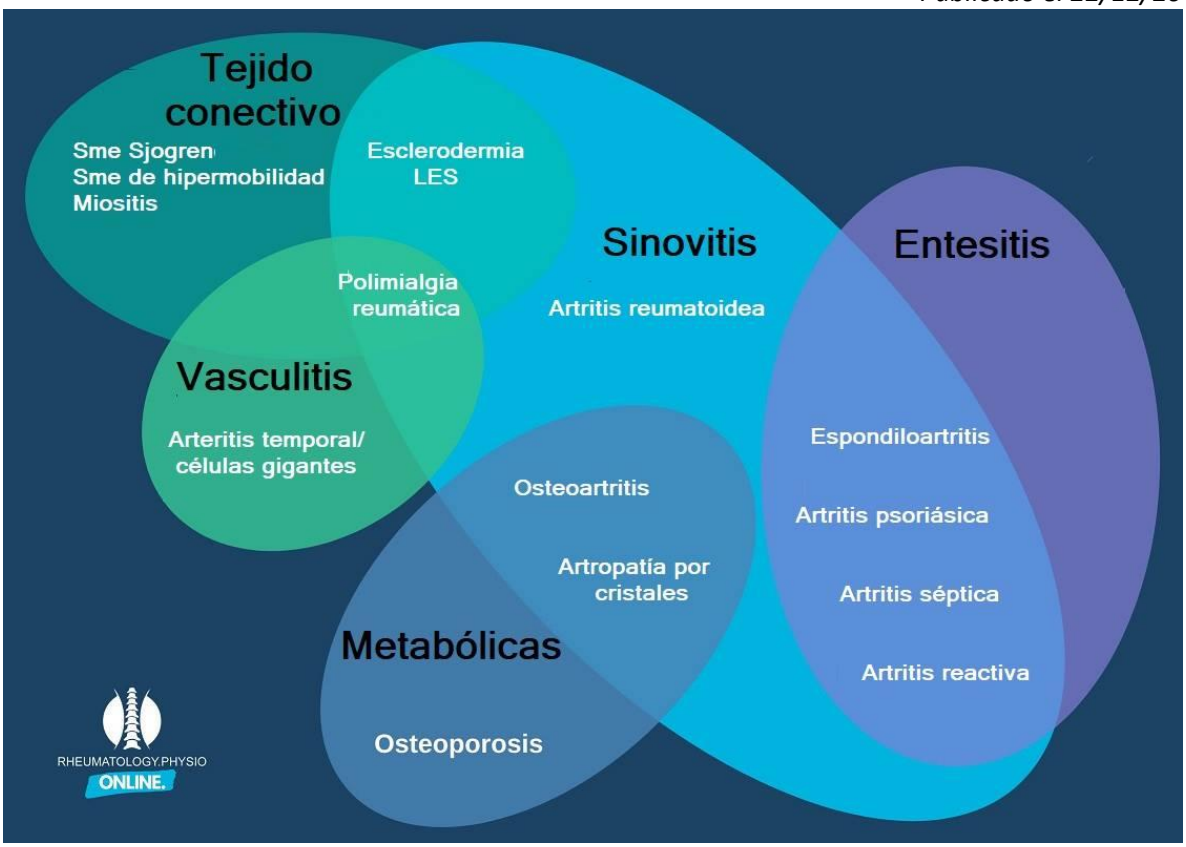
d. Tranquilizarla y reaseguro.

La urgencia hipertensiva (UH) es una situación muy frecuente que asusta tanto a los pacientes como a sus familiares y al personal de salud y representa aproximadamente el 30% de las consultas no programadas (o de urgencia). En el presente artículo (1), los autores se hacen eco de publicaciones recientes y proponen dejar de utilizar el término urgencia hipertensiva para describir las situaciones de elevación de la presión arterial por encima de una tensión arterial sistólica ≥ 180 mmHg y/o una tensión arterial diastólica (TAD) ≥ 110 mmHg, sin asociación con daño de órgano blanco (con o sin sintomatología inespecífica concurrente), ya que los pacientes con este cuadro no corren riesgo inminente, no requieren atención médica de urgencia y, por lo tanto, deberían enmarcarse dentro de los cuidados habituales de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y riesgo cardiovascular global elevado. Esto implica no solo un cambio semántico, sino un desafío en el abordaje y manejo de estas situaciones tan frecuentes.

(1) https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=5114&fbclid=IwAR0PhDVsNQsbA2R761gBPY9Fh82_6AH0HjhyX90_O1Dq5HWwqmtp--dWMy4

OA o AR

Publicado el 22/12/20



¿Cuánto dura un reemplazo de rodilla?

Publicado el 09/01/20

A principios de 2019 se publicó en el Lancet (1) una revisión sistemática y meta-análisis de series de casos e informes de registros nacionales con más de 15 años de seguimiento.

¿Por qué fue necesario el estudio?

La cirugía de reemplazo de rodilla es una operación de rutina para reemplazar una articulación desgastada o dañada colocando una prótesis. En el reemplazo total se reemplazan los dos lados de la articulación de la rodilla. El reemplazo unicompartimental involucra solo un lado de la articulación de la rodilla. Para ello se pueden utilizar una variedad de componentes y métodos de fijación. **La razón más común para necesitar cirugía es la osteoartritis**.

En 2017, se llevaron a cabo 106334 procedimientos de reemplazo de rodilla en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte. La edad promedio de los pacientes fue de 69 años. En el mismo año se realizaron 6502 procedimientos de revisión de rodilla para personas que requerían una segunda cirugía.

Si es posible, se trata de evitar la cirugía adicional en pacientes mayores, por eso es importante saber cuál es el tiempo esperable de duración de un reemplazo de rodilla. Hasta la fecha, las investigaciones daban estimaciones de solo 15 y 20 años de duración.

Este estudio analizó datos a más largo plazo.

¿En qué consistió el estudio?

Realizó una revisión sistemática y un meta-análisis de series de casos publicadas y un meta-análisis de datos de registros conjuntos nacionales. Los autores encontraron 33 series de casos, con un total de 7232 reemplazos de rodilla. Veintiséis series de casos analizaron el reemplazo total, mientras que siete informaron la duración del reemplazo unicompartimental. Se utilizaron datos de los registros nacionales de Australia y Finlandia, con un total de 299291 reemplazos totales y 7714 reemplazos unicompartimentales.

La calidad de la serie de casos publicada fue baja y no está claro cuán generalizables son los resultados de este estudio. Solo el registro finlandés tenía datos de resultados a los 20 y 25 años, y debido a que los estudios se basan en datos históricos, los componentes podrían no estar actualmente en uso en el Reino Unido.

¿Qué se encontró?

Los datos de los registros nacionales proporcionaron los resultados más confiables:

Para los reemplazos totales:

A los **15 años el 93.0% seguía intacto** (intervalo de confianza del 95% 92.8 a 93.1; registros australianos y finlandeses con 299291 reemplazos).

A los **20 años, el 90.1% de los reemplazos había sobrevivido** (89.7 a 90.4; registro finlandés con 88532 reemplazos).

A los **25 años, el 82.3% de los reemplazos aún estaba intacto** (81.3 a 83.2; registro finlandés con 76651 reemplazos).

Para los reemplazos unicompartimentales:

A los **15 años el 76.5% seguía intacto** (intervalo de confianza del 95%: 75.2 a 77.7; registro finlandés con 7714 procedimientos)

A los **20 años, el 71.6%** había sobrevivido (69.6 a 73.6; registro finlandés con 3935 reemplazos)

A los **25 años el 69.8% seguía intacto** (67.6 a 72.1; registro finlandés con 3935 reemplazos)

¿Qué consejo se les da los pacientes en la actualidad?

La mayoría de las guías sobre osteoartritis de rodilla acuerdan que:

1. Los reemplazos totales de rodilla deben considerarse solo para pacientes cuyo dolor no ha sido controlado adecuadamente durante tres meses con AINEs u otro tratamiento no quirúrgico.

2. La duración de la prótesis en conjunto es del 95% a los <u>siete años</u> (NICE).

3. El reemplazo unicompartimental de rodilla tiene una duración articular menor que el reemplazo total.

¿Cuáles son las implicancias de este estudio?
La revisión del Lancet proporciona evidencia de que **la cirugía de reemplazo de rodilla tiene mejores resultados a largo plazo de lo que se pensaba anteriormente**.

Si tenemos en cuenta que, por un lado, la edad promedio en la que alguien se somete a un reemplazo total es de alrededor de 70 años y lo habitual es que el procedimiento se retrase para reducir la posibilidad de necesitar una cirugía de revisión y, por el otro, que este estudio muestra que al menos el 80% de los reemplazos totales duran 25 años, esto podría significar que a las personas se les puede ofrecer la cirugía a una edad más temprana.

(1) Lancet 2019; 393: 655-63
(2) https://www.bmj.com/content/367/bmj.l5680

Evitar el aislamiento, como generar medidas simples para no excluir.

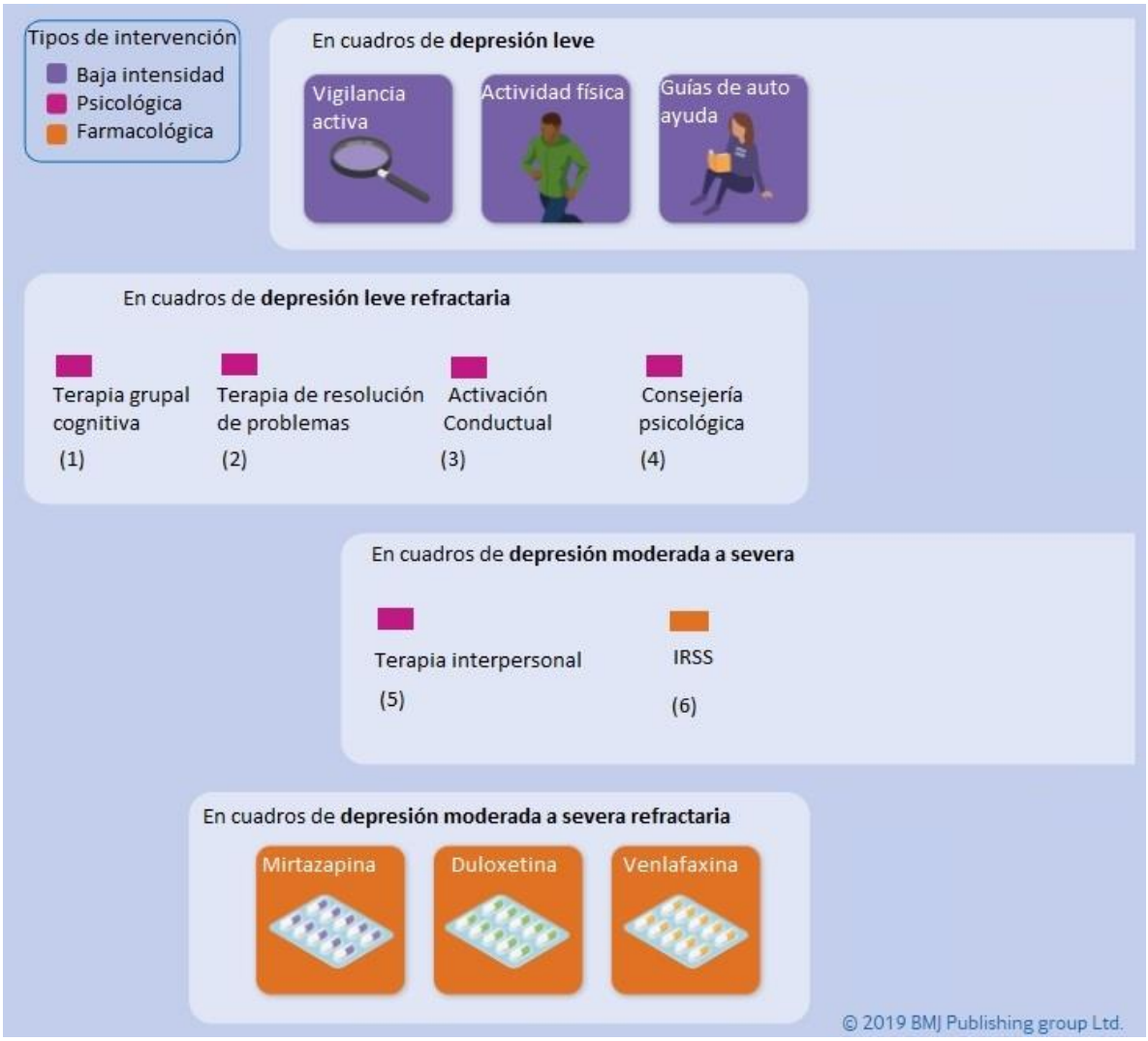
Publicado el 27/12/2020

No te pierdas el siguiente video:

https://www.facebook.com/profammf/videos/712742962708860

Depresión en atención primaria

Publicado el 06/02/2020



(1) Terapia grupal cognitiva:

Intervención psicológica, limitada en el tiempo, estructurada. Intervienen el paciente en colaboración con el terapeuta identificando el tipo y efecto de sus pensamientos, creencias e interpretaciones sobre los síntomas actuales.
Se desarrollan habilidades para identificar y monitorear las situaciones problemáticas.
El paciente aprende un repertorio de estrategias para contrarrestar pensamientos problemáticos, creencias e interpretaciones. Puede ser en grupos o configuraciones individuales o mediante versiones en línea y computarizadas con o sin la ayuda de un terapeuta capacitado. (NICE)

(2) Terapia de resolución de problemas:

Se basa en la teoría de que la depresión se asocia con dificultades para resolver un/os problema/s social/es del individuo debido a una acción de rumiación y falta de conocimiento que repercuten negativamente.
El terapeuta trabaja con el paciente para identificar y priorizar áreas problemáticas clave, divídirlas en específicas, tareas manejables y desarrollar comportamientos apropiados. (Guías de Canadá, España, Estados Unidos)

(3) Activación conductual:
Es una terapia psicológica estructurada de tiempo limitado, donde trabajan el terapeuta y el paciente en colaboración para identificar los efectos de comportamientos en síntomas actuales, sentimientos y / o áreas problemáticas y buscan reducir los síntomas y comportamientos problemáticos a través de tareas como: Reducción de la evitación, exposición gradual, programación del comportamiento y refuerzos positivos del mismo. (NICE)

(4) Consejería psicológica:
Es un proceso sistemático que da a los individuos una oportunidad de explorar, descubrir y aclarar formas de vivir más ingeniosas, con un mayor sentido de bienestar y que se adhiere a una teoría modelo psicológico (a menudo humanista y teorías experienciales es opuesto a un asesoramiento no específico. (NICE)

(5) Terapia interpersonal:
Se basa en la premisa de que los síntomas depresivos están fuertemente influenciados por interrupciones en los apegos personales cercanos que conducen a una sensación de pérdida y dificultad para navegar roles dentro de las relaciones interpersonales y generalmente se enfocan en conflictos de relación; cambios en la vida que afectan cómo se sienten las personas acerca de sí mismas y de los demás; dolor y pérdida cuando las relaciones terminan y las dificultades en comenzar o mantener relaciones.

IRSS

Los antidepresivos tienen poca efectividad en pacientes con síntomas leves, pero son efectivos en depresión moderada a severa.

Pueden pasar hasta **dos semanas para tener un efecto terapéutico**.

Efectos adversos sintomáticos son generalmente leves y habitualmente se resuelven después de dos semanas de tratamiento.
Los antidepresivos no son adictivos pero pueden tener efectos al discontinuarse si se detienen abruptamente. También pueden causar depresión de rebote (con el abandono súbito).

https://doi.org/10.1136/bmj.l835 (publicado el 8 de abril de 2019)

Alcohol y tensión arterial.

Publicado el 07/07/2020

Más de 2 mil millones de personas en todo el mundo consumen alcohol. Esta sustancia de abuso puede conducir a más de 200 trastornos, incluida la hipertensión arterial.

El alcohol tiene efectos agudos y crónicos sobre la presión arterial. La revisión Cochrane presentada a continuación se propuso cuantificar los efectos agudos de diferentes dosis de alcohol sobre la presión arterial y la frecuencia cardíaca a lo largo del tiempo en una población adulta.

Objetivos

Primario: determinar los efectos a corto plazo del alcohol versus placebo sobre la presión arterial sistólica y diastólica en adultos sanos e hipertensos mayores de 18 años.

Secundario: determinar los efectos a corto plazo del alcohol versus placebo sobre la frecuencia cardíaca en adultos sanos e hipertensos mayores de 18 años.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios (ECA) que compararon los efectos de una dosis única de alcohol versus placebo sobre la presión arterial (PA) o la frecuencia cardíaca (FC) en adultos (de 18 años de edad o más).

Análisis de datos

Dos revisores extrajeron los datos de forma independiente y evaluaron la calidad de los estudios incluidos. También se contactó con los autores de los ensayos para obtener información faltante o poco clara.

La medida de resultado fue la diferencia de medias (DM) del placebo con un intervalo de confianza (IC) del 95% y se usó un modelo de efectos fijos para combinar los tamaños de los efectos entre los estudios.

Resultados principales

Se incluyeron 32 ECA con 767 participantes. La mayoría eran hombres (N = 642) y estaban sanos. La edad media de los participantes fue de 33 años y el peso corporal medio fue de 78 kilos.

Dosis bajas de alcohol (<14 g): dentro de las 6 horas (2 ECA, N = 28) no afectaron la PA pero aumentaron la FC en 5.1 latidos por minuto (lpm) (IC del 95%: 1.9 a 8.2) (evidencia de certeza a moderada).

Dosis medias de alcohol (14 a 28 g): dentro de las **6 horas** (10 ECA, N = 149) disminuyeron la presión arterial sistólica (PAS) en 5.6 mmHg (IC del 95%: -8.3 a -3.0) y la presió arterial diastólica (PAD) en 4.0 mmHg (IC del 95%: -6.0 a -2.0) e incrementaron la FC en 4.6 lpm (IC del 95%: 3.1 a 6.1) (evidencia de certeza moderada para todos). Dentro de las **7 a 12 horas siguientes** (4 ECA, N =

54) no afectaron la PA ni la FC. **Después de 13 horas** del consumo (4 ECA, N = 66) no afectaron la PA ni la FC.

Dosis altas de alcohol (> 30 g)

-En **6 horas** (16 ECA, N = 418) disminuyeron la PAS en 3.5 mmHg (IC del 95%: -6.0 a -1.0) y la PAD en 1.9 mmHg (IC del 95%: 3.9 a 0.04) y aumentaron la FC en 5,8 lpm (IC del 95%: 4,0 a 7,5).
La certeza de la evidencia fue moderada para PAS y FC y baja para PAD.

-Dentro de las **7 a 12 horas siguientes** al consumo (3 ECA, N = 54) disminuyeron la PAS en 3.7 mmHg (IC del 95%: -7.0 a -0.5) y la PAD en 1.7 mmHg (IC del 95%: 4.6 a 1.8) y aumentaron FC en 6.2 lpm (IC del 95%: 3,0 a 9,3).
La certeza de la evidencia fue moderada para PAS y FC, y baja para PAD.

-Luego de 13 horas después del consumo (4 ECA, N = 154) aumentaron la PAS en 3.7 mmHg (IC del 95%: 2,3 a 5,1), la PAD en 2.4 mmHg (IC del 95%: 0,2 a 4,5) y la FC en 2.7 lpm(IC del 95%: 0,8 a 4,6) con evidencia de certeza moderada para todas.

Conclusiones de los autores

Las dosis altas de alcohol tienen un efecto bifásico en la PA; la disminuyen hasta 12 horas después del consumo y la aumentan luego de las 13 horas.

Las dosis altas de alcohol aumentan la FC en todo momento hasta 24 horas siguientes.

Los resultados de esta revisión son relevantes principalmente para hombres sanos, ya que solo incluyeron un pequeño número de mujeres en los ensayos incluidos.

https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012787.pub2/full

Alcohol / Adolescentes / Argentina / Violencia

Publicado el 21/01/2020

En Argentina:

Quienes comienzan a beber antes de los 15 años de edad tienen cuatro veces más probabilidades de convertirse en dependientes del alcohol, y casi siete veces más probabilidades de sufrir lesiones en un accidente de vehículo o una pelea física.

Según la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE, 2012) y el Sexto Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de enseñanza media (SEDRONAR, 2014):

7 de cada 10 adolescentes consumieron alcohol alguna vez en la vida.

La mayoría lo hizo por primera vez antes de los 14 años (75,9%, EMSE 2012) y antes de los 15 años (78,7%, SEDRONAR 2014)

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por estudiantes de secundaria en Argentina.

Casi no hay diferencias en los patrones de consumo de alcohol entre varones y mujeres tal como se observaba en el pasado.

Esto muestra que la brecha entre sexos tiende a reducirse y marca un crecimiento del problema entre las adolescentes.

Lazos entre el consumo de alcohol y la violencia interpersonal

Los mecanismos que relacionan el alcohol y la violencia interpersonal son múltiples.

■ El consumo nocivo de alcohol afecta directamente a las funciones físicas y cognitivas. Los bebedores tienen menos autocontrol y capacidad de procesar la información que reciben, por lo que es más probable que recurran a la violencia en las confrontaciones, y el hecho de que también sean menos capaces de reconocer los signos de alarma en situaciones potencialmente violentas los convierte en objetivos fáciles para los agresores.

■ La creencia individual y social de que el alcohol es causa de comportamientos agresivos pueden inducir a usarlo como preparación a la participación en actos violentos o como disculpa por haberlos cometido.

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol_es.pdf?ua=1&fbclid=IwAR2Ye584lNv6xdQWElVp3zw5JDurte2gRvVE4ocYTplO1X5earE1vHrDQic

http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/VIZEstudioZNacionalZaZEstudiantesZdeZNivelZMedioZ-ZReginZCuyoZ-ZAoZ2014_1.pdf?fbclid=IwAR08ugL8umi9TL0BOd8DCjmp1fk2iHyW7dGYKaCAr6qhxJEEThpFWU6iwO4

Manejo de los síntomas de abstinencia alcohólica.

Publicado el 19/01/2020

Una cantidad variable de pacientes con dependencia al alcohol por DSM-IV (equivalente a un trastorno por consumo de alcohol moderado a severo en el DSM-5) experimentan síntomas de abstinencia después de que dejan de tomar alcohol o lo reducen bruscamente.

¿Qué evaluar?

1. La presencia e intensidad de los síntomas de abstinencia (inicialmente y en serie a lo largo del período de abstinencia).
2. Si hay comorbilidades médicas o psiquiátricas activas y el uso simultáneo de sustancias.
3. La necesidad de tratamiento, ya sea para aliviar los síntomas de abstinencia, prevenir el empeoramiento de los mismos, los riesgos de salud asociados, ypreparar al paciente para la transición a una fase de mantenimiento del tratamiento.

Los síntomas de abstinencia generalmente están presentes dentro de las 6 a 24 horas posteriores a la interrupción del consumo de alcohol.

Si la abstinencia no progresa, estos síntomas generalmente se resuelven dentro de las 24 a 48 horas, a menudo antes.

Si transcurren 24 horas desde la última bebida sin el desarrollo de síntomas en alguien que no está en riesgo de abstinencia mayor, no se indicamedicación ya que es poco probable que se desarrollen los síntomas.

Tratamiento farmacológico:

Las **benzodiacepinas** y la **gabapentina** son igualmente eficaces para la abstinencia de alcohol, y la gabapentina tiene efectos secundarios menores; sin embargo, las benzodiacepinas tienen la historia más extensa de ensayos clínicos que muestran eficacia y son ampliamente utilizadas.

La duración del tratamiento para la abstinencia de alcohol en el entorno ambulatorio puede variar desde uno o dos días hasta siete días, dependiendo de lagravedad de los síntomas de abstinencia.

Se recomienda que los pacientes estén en contacto frecuente con el sistema de salud: médicos, enfermeras, agentes sanitarios para seguir a los pacientes en laprimera semana.

Las personas que diariamente beben grandes cantidades corren el riesgo de progresar a delirium tremens hasta cinco días después de su última bebida.

El cambio en la intensidad de los síntomas de abstinencia se evalúa por interrogatorio y examen físico.
Está bueno apoyarse en la familia o algún contacto cercano para permanecer con el paciente durante el período de retiro supervisado que controle al pacientecon frecuencia para detectar síntomas de abstinencia.

A todos los pacientes se les debe recetar un multivitamínico que contenga **tiamina** y **ácido fólico** para disminuir la probabilidad de empeorar laencefalopatía.

Benzodiazepinas:

Un meta-análisis que compara la eficacia y la seguridad de las benzodiacepinas individuales para la abstinencia de alcohol **no encontró diferenciassignificativas entre ellas**.

Sin embargo se prefieren las de acción más prolongada en vez de las de acción corta tales como el diazepam o el clordiazepóxido, pueden permitir una disminución más suave en plasma al realizar la retirada, reducir el riesgo de convulsiones recurrentes, y proporcionar una mayor eficacia en la prevención deldelirio que otras benzodiacepinas.

Las BZDZP de vida media intermedia, tales como el lorazepam, pueden tener un perfil más seguro en pacientes con disfunción hepática.

●Benzodiacepina de acción prolongada, por ejemplo, Clordiazepóxido

Día 1: 50 mg cada 6 a 12 horas según sea necesario

Días 2 a 5: 25 mg cada 6 horas según sea necesario

●Benzodiacepina de acción más corta, por ejemplo, Lorazepam

Día 1: 30 mg cada 6 horas según sea necesario

Días 2 a 5: 15 mg cada 6 horas según sea necesario

Los pacientes con síntomas leves de abstinencia se pueden tratar a demanda o con un esquema fijo.

Gabapentina:

Es el medicamento más nuevo para tratar la abstinencia de alcohol.

Se ha demostrado que la gabapentina en ensayos clínicos es tan efectiva como las benzodiacepinas para reducir o prevenir los síntomas de abstinencia que nosean convulsiones y delirium tremens en el entorno ambulatorio.

Un meta-análisis que compara la eficacia y la seguridad de las benzodiacepinas individuales para la abstinencia de alcohol **no encontró diferencias significativas entre ellas**.

Los ensayos se realizaron con dosis entre 900 y 1800 mg/día por un total de 12 semanas.

Tené en cuenta que el alcohol puede aumentar los efectos secundarios del sistema nervioso tanto con benzodiazepinas como con gabapentina por lo que esimportante asegurarse que el paciente no tome alcohol en esta fase de tratamiento.

Referencias

1. https://www.nice.org.uk/guidance/cg100. Published June 2010. Updated April 2017

2. Myrick H, Malcolm R, Randall PK, et al. A doubleblind trial ofgabapentin vs lorazepam in thetreatmentof alcohol withdrawal. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009;33(9):1582-1588.

3. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessmentof alcohol withdrawal: therevisedclinicalinstitutewithdrawalassessmentfor
alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict.* 1989;84(11):1353-1357.

4. https://www.sciencedaily.com/releases/2013/11/131104152626.htm

Se retira del mercado la Ranitidina.

Publicado el 25/12/20

Se retira del mercado todo producto que contenga RANITIDINA.

Desde el 2019 la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) detectó en estos productos una impureza denominada N-nitrosodimetilamina (NDMA).

Referencia

https://www.argentina.gob.ar/noticias/suspension-preventiva-y-retiro-del-mercado-de-todos-los-medicamentos-que-contengan?s=08&fbclid=IwAR1klMjrji-_ACEeRCS1BYS_uLFE4asdxslvp99ZoFLEalE9lXkj6EXvPfM

Melatonina.

Publicado el 17/10/20

La concentración plasmática de melatonina varía con la edad.

Su secreción comienza durante el tercer o cuarto mes de vida y aumenta rápidamente hasta alcanzar un punto máximo nocturno, de 1 a 3 años posteriores. Luego el nivel de melatonina declina ligeramente hasta llegar a una meseta, que persiste sin cambios durante la edad adulta temprana.

Finalmente, la secreción nocturna de melatonina comienza un marcado y continuo descenso. Las concentraciones nocturnas máximas de personas de 70 años son solo una cuarta parte, o menos, de lo que son en adultos jóvenes.

Además de las variaciones según la edad, la secreción de melatonina tiene un ritmo circadiano. Durante los momentos de luz la concentración es baja. Asciende con el inicio de la oscuridad y alcanza su punto máximo en medio de la noche, entre las 11 pm y las 3 am. Finalmente cae bruscamente antes de la aparición de la luz.

Si bien este ritmo está estrechamente vinculado al ciclo luz-oscuridad, se vio que persiste si se coloca a una persona en una habitación oscura durante unos días y que tampoco cambia inmediatamente cuando se modifica el horario de luz. Esto indicaría que el ritmo también está determinado por señales endógenas cíclicas, probablemente originadas en el sistema nervioso central.

Por otro lado, la melatonina exógena también puede sincronizar y cambiar las fases del ritmo circadiano humano. En estudios realizados con voluntarios sanos, 0.5 mg de melatonina adelantaron la secreción de melatonina nocturna cuando se administraba a las 17 hs. Dosis mayores provocaron mayores adelantos de fase.

Melatonina exógena

Los productos de melatonina son de venta libre y se los puede adquirir sin receta.

Su administración parece tener 2 efectos: la promoción del inicio y mantenimiento del sueño y el cambio de fase del ritmo circadiano, incluido el ritmo de la melatonina misma. Ambos efectos se logran con dosis fisiológicas, es decir, de 0.1 a 0.3 mg para dormir y de 0.3 a 0.5 mg para el cambio de fase (dosis que podría elevar los niveles de melatonina plasmática durante el día hasta el rango nocturno observado en adultos jóvenes). Por lo tanto siempre se sugiere, particularmente en adultos mayores, el uso de las dosis más bajas (1.5 mg/día), 2 horas antes de dormir e ir aumentando progresivamente. La biodisponibilidad es variable por el primer paso hepático por lo que la dosis necesaria varía de persona a persona. Es conveniente estar atento a la aparición de efectos biológicos, como somnolencia diurna, deterioro del rendimiento físico y mental, hipotermia e hiperprolactinemia. Estos efectos no se observan con concentraciones fisiológicas de melatonina.

Habitualmente, una dosis oral de 2 mg una vez al día, es bien tolerada y no presenta efectos de rebote, abstinencia o “resaca”'. Tampoco interfiere con tratamientos concomitantes con antihipertensivos, hipoglucemiantes, hipolipemiantes o antiinflamatorios.

Referencias

1. Uptodate

2. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22429105/

3. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485318302007?via%3Dihub

Paracetamol.

Publicado el 05/01/20

Una revisión no sistemática reciente del BMJ (1) actualiza los conceptos sobre esta droga. Aquí, un pequeño resumen:

Es razonable realizar una prueba terapéutica con paracetamol en pacientes con dolor agudo leve o moderado por afecciones como migraña, dolor de cabeza, cólico renal y dolor perineal posparto.

La evidencia para usar paracetamol en el dolor crónico es insuficiente. Siempre es bueno advertir a los pacientes sobre los posibles efectos adversos cardiovasculares y gastrointestinales del paracetamol, el riesgo de sobredosis (> 3 g/día) y los efectos adversos del uso a largo plazo, como daño hepático.

Puede ser necesario ajustar la dosis en personas mayores frágiles y en aquellos que pesen menos de 50 kg. Está disponible en preparaciones de liberación inmediata (acción corta) y de liberación modificada (acción prolongada).

¿Para qué sirve el paracetamol en adultos con dolor?

Los beneficios del paracetamol para el alivio del dolor en afecciones musculoesqueléticas son inciertos, **particularmente a largo plazo**.

Según pruebas de alta calidad, en una reciente revisión Cochrane, **una dosis única de paracetamol (1000 mg) es efectiva para el alivio de la migraña aguda a las 2 horas y para reducir el dolor perineal en el período posparto temprano** pero **no proporciona mejoras clínicamente importantes en el dolor a corto y mediano plazo (hasta 12 semanas) en comparación con el placebo en pacientes con osteoartritis de rodilla o cadera. Tampoco es efectivo para el dolor lumbar agudo a corto y mediano plazo (hasta 12 semanas)**. La revisión no encontró ensayos que evaluaran su uso en el dolor lumbar crónico.

Una revisión sistemática encontró evidencia débil del beneficio de una dosis única de paracetamol en comparación con placebo y un beneficio adicional del paracetamol en combinación con AINE para el alivio del dolor en la artritis reumatoide.

Es **efectivo** para el **dolor de cabeza** y el **cólico renal agudo**, pero sus efectos son **menores** en comparación con otros analgésicos.

¿Qué tan seguro es el paracetamol?

El paracetamol generalmente se considera seguro cuando se administra en dosis apropiadas y por períodos cortos de tiempo.

Las revisiones sistemáticas generalmente informan tasas de eventos adversos similares en la rama paracetamol y placebo. Sin embargo, estos ensayos solo estudiaron el uso a corto plazo y, en algunos casos, solo dosis única.

La evidencia reciente apunta a un **mayor riesgo de internación por úlcera perforada y sangrado con dosis mayores de 3 g/día (Hazzard ratio = 1.20, intervalo de confianza del 95%: 1.03 a 1.40)**.

Una revisión sistemática de estudios observacionales (ocho estudios de cohortes, n = 665 789, 2 a 20 años de seguimiento) halló que los pacientes a los que se les había recetado paracetamol (comparados con pacientes a quienes no se les había prescripto la droga) tuvieron alteraciones cardiovasculares (incluidos IAM no mortal confirmado o probable, ACV no mortal, enfermedad coronaria mortal o ACV fatal) y eventos gastrointestinales superiores (úlcera gastroduodenal y complicaciones como hemorragia gastrointestinal alta).

La evidencia sobre la duración segura del uso de paracetamol no es concluyente y su calidad es baja.

Los mayores riesgos de eventos adversos cardiovasculares y gastrointestinales se han asociado con una utilización por 15 o más días por mes y la ingestión de 15 o más tabletas por semana.

Grandes estudios observacionales confirman un perfil mucho mejor de efectos secundarios para el paracetamol en comparación con los AINEs tradicionales en personas mayores que usan el medicamento para tratar dolor crónico.

Peligros de sobredosis de paracetamol

La sobredosis involuntaria no es infrecuente con paracetamol y puede provocar insuficiencia hepática grave y muerte.

En un estudio escocés (663 pacientes mayores de 15 años), el 16.6% de los ingresos a una unidad de trasplante de hígado fueron por sobredosis no intencional de paracetamol.

Puede producirse daño hepático con la ingestión de 5 gr o más de paracetamol.

La sobredosis involuntaria puede ser el resultado de tomar dosis adicionales, dosis supraterapéuticas repetidas o por duplicación de tratamiento (por ejemplo, agregando al tratamiento habitual medicamentos para el resfrío que contienen paracetamol).

Las personas mayores frágiles y las personas que pesan menos de 50 kg tienen un mayor riesgo si no se ha considerado un ajuste de dosis adecuado.

Se ha informado cefalea por uso excesivo, caracterizado por un dolor de cabeza que ocurre más de15 días por mes con el uso excesivo de paracetamol más allá de las dosis máximas recomendadas durante más de tres meses.

¿Cómo se toma y controla el paracetamol para tratar el dolor?

Las guías de práctica clínica actuales recomiendan el uso regular y por tiempo limitado de paracetamol para el tratamiento del dolor no maligno agudo y crónico leve a moderado, excepto para el dolor de espalda y algunos tipos de osteoartritis, como la de mano.

Dada la evidencia sobre su seguridad y beneficio, un ensayo de paracetamol es razonable en pacientes con dolor agudo leve o moderado.

La evidencia para definir su lugar en el tratamiento del dolor crónico es insuficiente, aunque puede ser una alternativa en las personas mayores que no pueden tolerar otros analgésicos o en quienes el paracetamol es más seguro en comparación con los AINE.

El paracetamol se toma por vía oral y se puede recetar solo o en combinación con otros medicamentos, como un AINE o un opioide. La dosis habitual recomendada para adultos es de 325 mg a 1000 mg cada cuatro o seis horas, sin exceder 1000 mg por dosis para formulaciones de liberación inmediata o 1330 mg por dosis para formulaciones de liberación sostenida.

La dosis diaria máxima es de 4000 mg por día, **sin embargo, en la actualidad, algunas recomendaciones han reducido la dosis diaria máxima a hasta 3000 mg/día**.

No existe una guía clara sobre los ajustes de dosis.

Considerá la reducción de la dosis para personas mayores frágiles y pacientes con bajo peso.

(1) https://www.bmj.com/content/367/bmj.l6693

Actualización tratamiento gonococcia.

Publicado el 20/12/20

¿Qué se sabe ya sobre este tema?

La Neisseriagonorrhoeae es una causa importante de infecciones de transmisión sexual que puede tener graves consecuencias para la salud reproductiva.

N. gonorrhoeae puede desarrollar rápidamente resistencia a los antibióticos.

¿Qué agrega este informe?

Con base en la revisión de evidencia reciente, el CDC recomienda **una dosis intramuscular única de ceftriaxona de 500 mg para la gonorrea no complicada**.

El tratamiento para la coinfección por Clamidia trachomatis con doxiciclina oral (100 mg dos veces al día durante 7 días) debe administrarse cuando no se haya excluido la infección por clamidia.

¿Cuáles son las implicaciones para la práctica de la salud pública?

Continuar monitoreando la aparición de resistencia a la ceftriaxona será esencial para asegurar la eficacia continua de los regímenes recomendados.

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6950a6.htm

Dengue

Publicado el 02/02/20

El AAS, ibuprofeno u otros AINEs pueden agravar las complicaciones hemorrágicas o inducir un síndrome de Reye y deberían evitarse.

La hemorragia leve de las mucosas (a menudo epistaxis, hemorragia gingival, hematuria y metrorragias) no es infrecuente, y puede haber hemorragia digestiva y hemoptisis.

En pacientes con úlcera péptica preexistente puede precipitarse hemorragia digestiva.

También puede haber casos de hemorragia esplénica subcapsular y rotura del bazo, hemorragia uterina causante de aborto espontáneo y hemorragia grave posparto.

Recordá que las pruebas de laboratorio indican leucopenia, neutropenia, trombocitopenia o niveles ligeramente elevados de transaminasas.

La rehidratación oral es muy importante para contrarrestar los vómitos y la diarrea.

Coronavirus

Publicado el 30/01/20

Por tercera vez en tantas décadas, un coronavirus zoonótico ha cruzado especies para infectar poblaciones humanas.

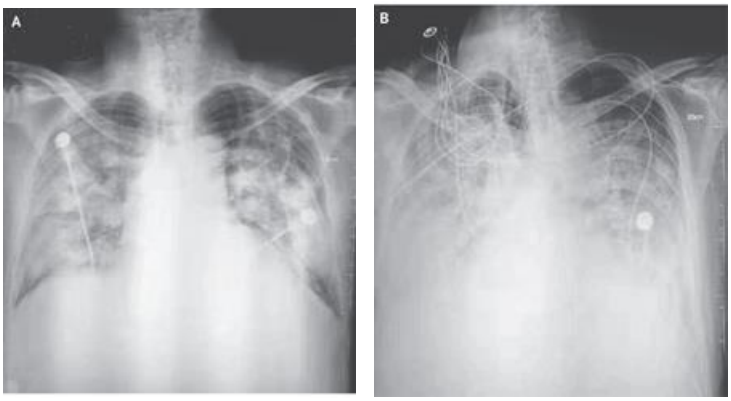
Este virus, llamado provisionalmente 2019-nCoV, se identificó por primera vez en Wuhan, China, en personas expuestas a un mercado de mariscos o productos húmedos. La rápida respuesta de las comunidades de salud pública, clínica y científica de China facilitó el reconocimiento de la enfermedad clínica y la comprensión inicial de la epidemiología de la infección.

Los coronavirus son ARN virus que se distribuyen ampliamente entre los humanos, otros mamíferos y aves y que causan enfermedades respiratorias, entéricas, hepáticas y neurológicas.

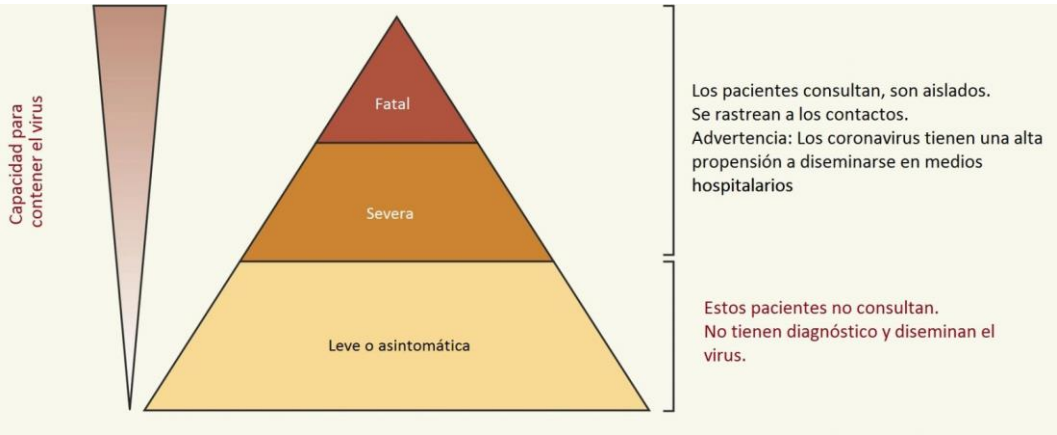
Se conocen seis especies de coronavirus que causan enfermedades humanas. Cuatro de ellos (229E, OC43, NL63 y HKU1) son prevalentes y típicamente causan síntomas de resfrío común en individuos inmunocompetentes.

Las otras dos cepas, el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV), son de origen zoonótico y se han relacionado con enfermedades, a veces, fatales.

Dada la alta prevalencia y la amplia distribución de los coronavirus, la gran diversidad genética y la recombinación frecuente de sus genomas, y el aumento de las actividades de interfaz entre humanos y animales, es probable que los nuevos coronavirus emerjan periódicamente en humanos debido a infecciones frecuentes entre especies y eventos de contagio ocasionales.



¿Cómo se disemina una epidemia?



January 24, 2020
DOI: 10.1056/NEJMoa2001017

Pensá en sífilis

Publicado el 23/01/20

La sífilis sigue siendo frecuente, con una incidencia creciente en todo el mundo. [1]

Los hallazgos dermatológicos típicos de la sífilis secundaria son **máculas o pápulas difusas no pruriginosas con afectación palmoplantar**.

Sin embargo, la erupción puede ser bastante variable.

La sífilis imita diversas enfermedades de la piel, como erupciones de drogas, psoriasis, pitiriasis rosada y muchas otras, lo que dificulta el diagnóstico.

Es importante que, si lo sospechás, solicites serología para sífilis cuando los pacientes presentan lesiones cutáneas que pueden ser atípicas para sífilis.

Además, la biopsia de piel y la inmunohistoquímica con anticuerpo anti-Treponema son útiles para diagnosticar lesiones cutáneas de sífilis secundaria que de otro modo podrían diagnosticarse erróneamente como una erupción inespecífica.

[1] Hook E.W.: Syphilis [publishederratumin . Lancet 2017; 389: pp. 1550-1557

[2] Cossman J.P., and Fournier J.B.: Frequencyofsyphilisdiagnosesbydermatologists. JAMA Dermatol 2017; 153: pp. 718-719

Cáncer de vejiga

Publicado el 27/11/20

El JAMA acaba de realizar una revisión NO sistemática de cáncer de vejiga (1). La compartimos a continuación.
El cáncer de vejiga es común en mujeres y es la cuarta neoplasia maligna más común en hombres. Varía desde tumores no agresivos y generalmente no invasivos que recidivan y obligan a los pacientes a una vigilancia periódica y a largo plazo, hasta tumores agresivos e invasivos con una alta mortalidad específica por la enfermedad.

¿Qué contribuye al desarrollo de cáncer de vejiga?

Edad avanzada: edad promedio de diagnóstico entre 70 y 84 años.
Sexo masculino: a los hombres se les diagnostica cáncer de vejiga con una frecuencia de 3 a 4 veces mayor que a las mujeres. Un dato importante: a menudo, en las mujeres, la presencia de hematuria es atribuída a una infección, lo que provoca retrasos en el diagnóstico del cáncer de vejiga y, en consecuencia, una peor supervivencia global y específica de este cáncer en las mujeres.
Tabaquismo: riesgo atribuible es de aproximadamente el 50%.

Algo de la histopatología (solo para repasar)

Técnicamente, el carcinoma urotelial incluye tumores de vejiga, tracto urinario superior (pelvis renal y uréteres) y uretra proximal. El cáncer de vejiga (carcinoma de las células uroteliales que recubren la luz de la vejiga) representa aproximadamente del 90% al 95% de los carcinomas uroteliales y es el tema central de esta revisión.
Histológicamente, el cáncer de vejiga comprende 75% de carcinoma urotelial puro y 25% de histología “variante”, lo que agrega complejidad al manejo de esta enfermedad.

Presentación y diagnóstico

La presentación más común del cáncer de vejiga es la hematuria visible o macroscópica, pero también puede haber hematuria microscópica aislada (≥3 glóbulos rojos/campo de gran aumento), síntomas miccionales irritativos o un tumor descubierto accidentalmente en imágenes solicitadas por otra causa.
El riesgo de cáncer de vejiga es aproximadamente del 4% en pacientes con hematuria microscópica y del 16.5% en aquellos con hematuria macroscópica.
Ante hematuria macroscópica es conveniente realizar imágenes del tracto urinario superior (es decir, riñón, pelvis renal y uréter) con urograma por TAC o RMN y una cistoscopia.

Ante un paciente con hematuria microscópica sin riesgo de cáncer de vejiga la Asociación Americana de Urología actualmente sostiene que no sería preciso solicitar imágenes. Esta recomendación refleja la frecuencia relativamente baja de malignidad encontrada en la evaluación contrarrestada con la naturaleza invasiva de la cistoscopia, la exposición a la radiación de las imágenes y los costos de atención médica asociados para obtener estos procedimientos.

Cistoscopía

La resección endoscópica o resección transuretral de un tumor de vejiga (RTUTV) es diagnóstica y potencialmente terapéutica. Su propósito es doble: resecar todos los tumores visibles y realizar la estadificación de la enfermedad. En el caso de una resección incompleta, se recomienda repetir la RTU en las 4 a 6 semanas siguientes.

Opciones trapéuticas
Los tumores que no invaden la muscular representan aproximadamente el 70% de los cánceres de vejiga y se tratan con resección endoscópica y terapia intravesical adyuvante, según la clasificación de riesgo.
Si la resección inicial fue completa se realiza vigilancia cistoscópica.

BCG

Una forma viva atenuada de *Mycobacteriumbovis*, es el tratamiento preferido para el tumor de alto riesgo y una opción para el de riesgo intermedio. Los mecanismos precisos por los que esta forma de inmunoterapia ejerce sus efectos son complejos. Se ha postulado que la BCG se adhiere al urotelio, se internaliza y luego induce respuestas inmunitarias innatas y adaptativas mediadas por células y presentadora de antígenos.

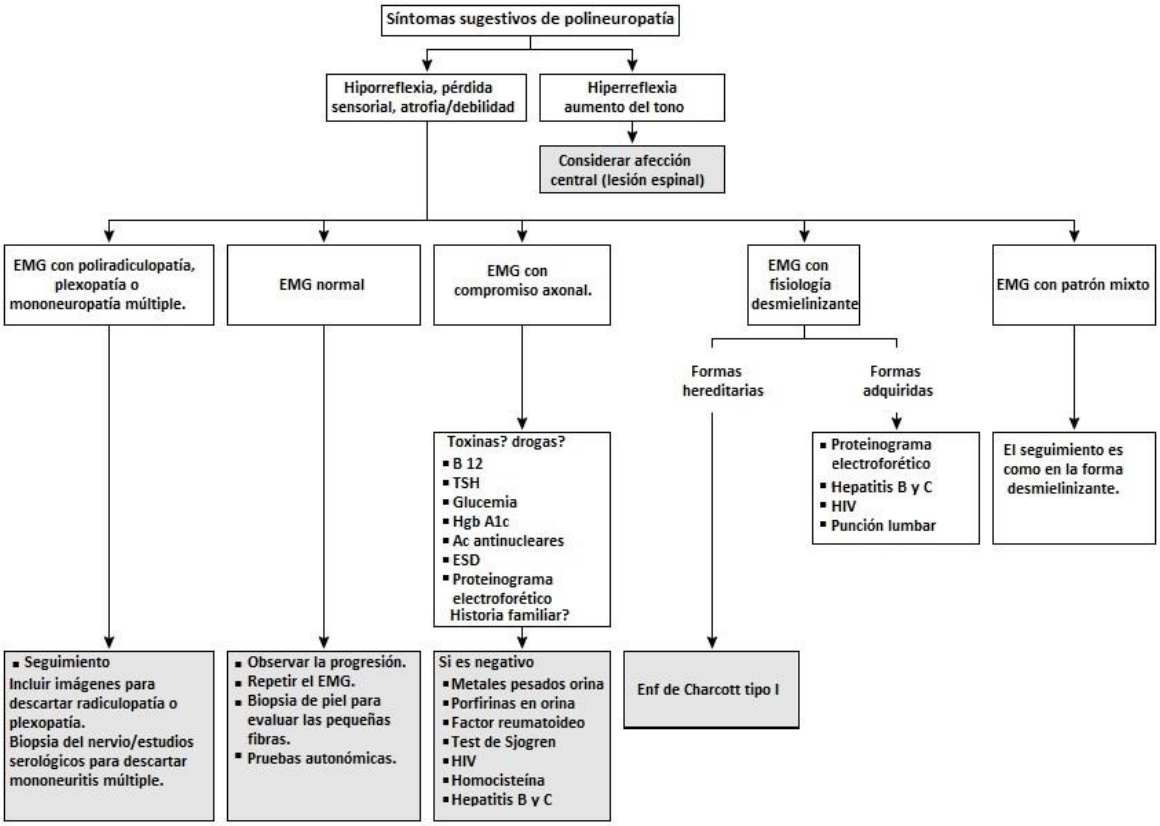
Se instila BCG en la vejiga durante 90 a 120 minutos, una vez a la semana durante 6 semanas, durante una fase de inducción. Si el paciente tolera y responde al tratamiento, según la evaluación de la cistoscopia posinducción, se debe continuar con un régimen de mantenimiento durante 1 año.
Las tasas actuales de respuesta completa están cerca del 80% después de la inducción y son duraderas en cerca del 55% a los 3 años.
En caso que no se consiga BCG o en pacientes con fracaso de este tratamiento, existen pocas alternativas. Para cualquier paciente con falla de BCG, se debe considerar la cistectomía radical.
Los pacientes con tumores de alto riesgo, que no invaden la muscular y que no responden a la terapia adyuvante con BCG constituyen una población difícil de manejar y se están estudiando muchas terapias alternativas.
Para pacientes con enfermedad músculo-invasiva se justifica una terapia más agresiva con cistectomía radical y derivación urinaria o terapia trimodal con resección endoscópica máxima, quimioterapia radiosensibilizante y radiación para frenar el riesgo de metástasis y la mortalidad específica de la enfermedad.
La derivación urinaria en el momento de la cistectomía puede tomar varias formas: lo habitual es una derivación urinaria del conducto ileal (80%), una neovejigaortotópica o una derivación cutánea continente. Tené en cuenta que la tasas de complicaciones a los 90 días son de casi dos tercios de los pacientes y que la mortalidad varía de 1.5% a 2% a los 30 días del posoperatorio.

El tratamiento de pacientes con enfermedad avanzada está experimentando cambios rápidos, ya que la inmunoterapia (avelumab y durvalumab), las terapias dirigidas (al receptor del factor de crecimiento de fibroblastos) y los conjugados de anticuerpo-fármaco (enfortumab ,Vedotin) se han convertido en opciones para ciertos pacientes con diversas etapas de la enfermedad.

(1) https://bit.ly/35ZPMcm

Polineuropatías: Algoritmo diagnóstico

Publicado el 27/09/20



A los pacientes con síntomas leves y con una causa subyacente conocida de neuropatía (diabetes mellitus, abuso de alcohol, quimioterapia, etc.), no suele ser necesario solicitarles pruebas diagnósticas extensas.

Sin embargo, sí se justifica hacerlo en aquellos sin una etiología clara o en quienes presenten síntomas graves o que progresan rápidamente.

También realizar una evaluación diagnóstica completa en los individuos con características atípicas, como por ejemplo asimetría, no dependencia de la longitud, predominio motor, inicio agudo o afectación autonómica prominente.

Nota: Las pruebas autonómicas incluyen la respuesta cutánea simpática, la mesa basculante, la prueba de intervalo R-R y la maniobra de Valsalva.

Referencia

Modelo adaptado de Uptodate.

Manejo de las polineuropatías

Publicado el 29/11/20

En agosto de este año se publicó en la revista JAMA Neurol(1) un ensayo “de etiqueta abierta”, que evaluó diferentes fármacos para el tratamiento de las polineuropatías.

La nortriptilina y la duloxetina fueron mejores que la pregabalina o la mexiletina, pero ninguno de los fármacos tuvo buenos resultados.

Generalidades
La mayoría de las neuropatías periféricas son causadas por la diabetes o el abuso de alcohol. Sin embargo, el siguiente tipo más común es el idiopático.

La mayoría de estas polineuropatías presentan compromiso axonal y, como los axones largos se afectan primero, los síntomas comienzan en las extremidades inferiores.
También es habitual que los síntomas sensitivos precedan a los motores.

Clínicamente, los pacientes manifiestan pérdida sensitiva de progresión lenta y disestesias (entumecimiento, sensación de ardor y dolor en los pies), y agregan anomalías leves de la marcha.

A medida que el síndrome progresa, pueden percibir una leve debilidad de la parte inferior de las piernas y sumar síntomas en las manos, lo que resulta en la clásica distribución de pérdida sensorial en "calcetines y guantes".

En los casos severos, el entumecimiento puede avanzar proximalmente y afectar los nervios intercostales (las siguientes fibras nerviosas más largas después de la de los brazos) y causar pérdida sensorial sobre el esternón. Si la progresión continúa, puede afectarse la parte superior de la cabeza.

Pruebas de laboratorio

Puede comenzarse con:
- Glucemia y hemoglobina glicosilada.
- Vitamina B12 en suero
- Proteinograma electroforético y electroforesis de proteínas en orina con inmunofijación
- Función tiroidea
- Anticuerpos antinucleares
- Eritrosedimentación

Si los antecedentes lo sugieren, puede agregarse al laboratorio inicial:

-HIV
- Detección de metales pesados en orina/sangre
- Porfirinas en orina/sangre
- Factor reumatoide
- Anticuerpos anti-Ro, anti-La (síndrome de Sjögren)
- Anticuerpos anti-Hu (en aquellos con neuropatía sensitiva)

- Vitamina B1 (tiamina)
- Niveles de ácido metilmalónico y homocisteína (en pacientes con niveles bajos de vitamina B12 en suero)
- Prueba de detección de hepatitis (para los tipos B y C)

Si el compromiso es predominantemente desmielinizante solicitar:

- Proteinograma electroforético y electroforesis de proteínas en orina con inmunofijación
- Hepatitis B y C
- Punción lumbar

En este último grupo de pacientes, si la historia lo sugiere, agregar:

- Anticuerpos de glicoproteína asociada a antimielina (MAG) (en pacientes con síntomas predominantemente sensoriales)
- Anticuerpos anti-GM1 (en pacientes con síntomas predominantemente motores)
- VIH
- Pruebas genéticas para la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (en general, la electrofisiología también sugiere una condición hereditaria).

Tratamiento

Si bien existen varios fármacos para el tratamiento de la neuropatía idiopática dolorosa, su eficacia no está clara.
En el ensayo comentado en el inicio, 402 adultos con polineuropatía sensorial idiopática crónica dolorosa fueron asignados al azar para recibir nortriptilina, duloxetina, pregabalina o mexiletina (antiarrítmico que a veces se prescribe sin receta médica para controlar el dolor neuropático).

Los fármacos se ajustaron durante 4 semanas a las siguientes dosis diarias máximas, si eran toleradas: Nortriptilina 75 mg, duloxetina 60 mg, pregabalina 300 mg, mexiletina 600 mg.

A las 12 semanas, los porcentajes de pacientes que lograron un 50% o más de reducción del dolor fueron: 25% para los tratados con nortriptilina, 23% con duloxetina, 20% con mexiletina y 15% con pregabalina.

Por otro lado, las tasas de abandono fueron del 58% para los usuarios de mexiletina, 43% de pregabalina, el 38% de nortriptilina y el 37% de duloxetina.
En una "función de utilidad" que combina el alivio del dolor y la adherencia al fármaco, la nortriptilina y la duloxetina surgieron como mejores que la pregabalina y la mexiletina. Sin embargo, como conclusión, ningún tratamiento fue muy eficaz para la mayoría de los pacientes y la adherencia fue deficiente para todos los fármacos. Hay que destacar que no se evaluaron controles con placebo.
Con esta información, ante un cuadro de neuropatía idiopática crónica dolorosa, los médicos deben seguir siendo flexibles y trabajar con los pacientes en un enfoque de “prueba y error”.

Referencia: https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2769608?resultClick=1

Enfermedad de Paget

Publicado el 22/11/20

La enfermedad de Paget es una condición de recambio óseo aumentado pero descontrolado que conduce a una formación ósea excesiva pero débil. El hueso trabecular y cortical crecen en forma desorganizada.
James Paget la describió por primera vez en 1877. Publicó una serie de ilustraciones tempranas notables de un paciente con enfermedad ósea de Paget, que mostraban la curvatura característica de la tibia. La llamó "osteítis deformante".

Prevalencia

La enfermedad de Paget rara vez afecta a pacientes menores de 40 años.
Su prevalencia general es bastante diferente según los países que se consideren. Por ejemplo, en el Reino Unido es de alrededor de 5%, pero el riesgo de desarrollarla se duplica cada 10 años después de los 50 años de edad.
En Francia, la afección es 50% menos frecuente que en el Reino Unido y 25% menos frecuente en Alemania, Irlanda y España. La prevalencia varía con la latitud. Es más común en el norte de los Estados Unidos que en el sur, y es rara en el África subsahariana, el sudeste de Asia y el Medio Oriente. Se estima que la prevalencia en Japón es tan baja como 5 por millón.

El antecedente familiar es importante: los pacientes con un miembro de la familia afectado tienen un riesgo 10 veces mayor de padecerla y los pacientes con al menos un miembro de la familia afectado en un patrón autosómico dominante tienen un riesgo 40% mayor.
La enfermedad afecta a tres hombres por cada dos mujeres.

Etiología
La causa de la enfermedad de Paget sigue sin estar clara. A principios de la década del ´70 se planteó que se desarrolla como consecuencia de una infección viral lenta porque se encontraron inclusiones intranucleares e intracitoplasmáticas en los osteoclastos gigantes del hueso pagetoide. Las imágenes de microscopio electrónico revelaron estructuras centrales dentro del núcleo de los osteoclastos que se asemejan a una matriz de nucleocápsidas del sarampión o ARN de paramixovirus. Sin embargo, en la actualidad, se han demostrado estructuras similares en huesos de pacientes con otras afecciones.

Los métodos de inmunotinción han encontrado antígenos de la nucleocápside del virus del sarampión y del virus sincitial respiratorio (VSR) en osteoclastos de pacientes con enfermedad de Paget. También se ha hallado ARNm del virus del sarampión y del virus del moquillo canino lo que ha dado lugar a la hipótesis no probada de que la enfermedad de Paget puede estar asociada con el contacto cercano con perros.

Clínica y diagnóstico
La enfermedad de Paget se diagnostica por su clínica. Se caracteriza por dolor y deformación óseos, elevación sérica de la fosfatasa alcalina ósea (FAO) y alteraciones radiográficas características. Puede afectar cualquier hueso, pero se la encuentra principalmente en la pelvis, la columna lumbar, el fémur, la columna torácica, el sacro, el cráneo, la tibia y el húmero.

Solo el 5% de los pacientes con enfermedad de Paget presentan síntomas. A menudo se la diagnostica cuando se toman radiografías por un motivo no relacionado, especialmente cuando la pelvis o la columna vertebral están afectadas. De los pacientes que presentan síntomas, el 80% tiene dolor de huesos o articulaciones. El alto recambio celular en pacientes con la enfermedad puede asociarse a hiperuricemia y gota.

Deformación ósea

El hueso pagetoide es más grueso que el hueso sano, pero es débil y puede fracturarse espontáneamente o deformarse por estrés si soporta peso. Esto puede dar lugar a arqueamiento de la tibia, protuberancia del cráneo y deformidad mandibular y dental. El crecimiento óseo en el cráneo puede conducir a atrapamiento de pares craneales produciendo sordera o insuficiencia vértebrobasilar y en la pelvis, a distorsión y degeneración prematuras de la cadera. Su vascularización excesiva puede hacer que el hueso esté caliente al tacto.

El Paget puede estar afectar uno o varios hueso, pero las lesiones no van más allá del tejido óseo.

Laboratorio

Los osteoblastos activos liberan fosfatasa alcalina ósea (FAO). La liberación de esta enzima es más alta en algunos sitios (cráneo) que en otros (pelvis y caderas). De todos modos, sus niveles pueden ser normales en pacientes con enfermedad de Paget. Los niveles séricos de calcio, fósforo y hormona paratiroidea también suelen ser normales, pero la inmovilización puede provocar hipercalcemia. **Los niveles de calcio sérico solo se elevan en la enfermedad de Paget si el paciente está postrado en cama o inmovilizado.** Los marcadores de recambio óseo reflejan una formación ósea excesiva, pero no son de utilidad clínica.

Imágenes

La enfermedad de Paget se puede identificar utilizando rayos X simples o un centellograma óseo con tecnecio 99. Además, los rayos X se pueden utilizar para clasificar la enfermedad en osteoblástica, osteolítica o de tipo mixto, según la naturaleza y la duración del proceso patológico local. Las radiografías de pacientes en las primeras etapas de la enfermedad revelan osteólisis con un frente de avance de lisis ósea que se desplaza a 8 mm por año a través de un hueso individual como la tibia.

En las últimas etapas de la enfermedad se observan engrosamiento cortical y óseo expandido, especialmente en el cráneo y la pelvis, mayor porosidad de la corteza y engrosamiento de las trabéculas con apariencia de encaje.

Biopsia

Las biopsias óseas **no son necesarias para diagnosticar enfermedad de Paget**, pero se puedensolicitar ante la duda entre Paget y algún proceso maligno. La biopsia del hueso afectado revelará un mayor volumen de hueso trabecular y un número elevado de osteoclastos.

Complicaciones

En la mayoría de los casos, la enfermedad de Paget es una afección benigna que requiere un tratamiento modesto como máximo. Sin embargo, cuando la enfermedad afecta a más de un hueso o en casos avanzados, puede dar lugar a una serie de complicaciones además del dolor óseo y la fractura.

Insuficiencia cardíaca: la afección de más del 30% del hueso genera un alto nivel de actividad osteoblástica que da como resultado un aumento del flujo vascular al tejido óseo. Esto puede provocar insuficiencia cardíaca biventricular. Esta complicación es rara, pero debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de insuficiencia cardíaca en el paciente mayor. El tratamiento de la insuficiencia cardíaca debe ir acompañado de un tratamiento para la enfermedad de Paget subyacente.

Síndrome de "robo" vascular: una considerable afectación del cráneo puede producir un flujo sanguíneo adicional al tejido óseo de la cabeza desde la arteria carótida externa a expensas del flujo sanguíneo al cerebro. Los pacientes afectados se vuelven apáticos. Lo mismo puede suceder en la columna vertebral con desviación de la sangre de la arteria espinal a los cuerpos vertebrales, lo que reduce el flujo sanguíneo a la médula espinal. Esto puede dar lugar a parálisis y lesiones de la médula espinal. Estas complicaciones son poco frecuentes y requieren un tratamiento urgente para la enfermedad de Paget.

Malignización: la enfermedad de Paget a largo plazo no tratada o persistente puede conducir al desarrollo de una neoplasia maligna ósea, más comúnmente osteosarcoma. Las posibilidades de desarrollar osteosarcoma del cráneo, los huesos faciales y el húmero son 30 veces mayores para un paciente con la enfermedad de Paget que para una persona no afectada, **pero sigue siendo poco común, y ocurre en menos del 0,5% de los pacientes**. Cualquier síntoma óseo inusual en los pacientes de Paget, como aumento del dolor local o hinchazón de los huesos, debe impulsar la realización de pruebas para detectar osteosarcoma. La investigación puede incluir una resonancia magnética o una tomografía computarizada y una biopsia de hueso. La transformación a sarcoma es independiente del tratamiento de Paget.

Sordera: por atrapamiento de los nervios craneales. El tratamiento de la afección tiene poco efecto sobre la progresión de la sordera establecida. Es aconsejable tratar la enfermedad de Paget significativa de la base del cráneo para prevenir la aparición de este problema.

Los pacientes con enfermedad de Paget también pueden sufrir depresión y deterioro del estado general.

Manejo de la afección

Muchos pacientes con la enfermedad asintomática no requieren tratamiento. Existe un debate sobre cuándo iniciarlo. Algunos lo indican si aumentan los niveles de FAO; otros solo si hay síntomas.En general, se recomienda iniciar tratamiento ante: dolor óseo, deformidad de cráneo o huesos largos, fractura, atrapamiento de pares craneales, Paget periarticular, Paget asintomático pero rápidamente progresivo en vértebras, cráneo o huesos largos con riesgo de síntomas subsiguientes, insuficiencia cardíaca de alto gasto debido a enfermedad extensa.

El objetivo del tratamiento es "domesticar los osteoclastos salvajes" y reducir el recambio óseo por eso muchos tratamientos son los mismos que los usados para la osteoporosis. Además, algunos pacientes requieren tratamiento analgésico para controlar el dolor.

La actividad de los osteoclastos puede reducirse con calcitonina o con bifosfonatos. La calcitonina inyectable está aprobada como tratamiento antiosteoclasto para la enfermedad de Paget. Sin embargo, ahora prácticamente no se utiliza debido al riesgo asociado a malignidad.

Bifosfonatos

Orales o intravenosos son el pilar del tratamiento. Se cree que reducen el recambio óseo, mejoran el dolor, promueven la curación de las lesiones osteolíticas y restablecen la histología ósea normal. El zoledronato es una opción popular, ya que puede lograr altas tasas de remisión bioquímica y mantener una supresión de larga duración con una sola dosis intravenosa. Cualquier deficiencia de calcio y vitamina D debe corregirse antes de comenzar con un bisfosfonato para evitar la hipocalcemia .

Los bisfosfonatos pueden causar osteonecrosis de la mandíbula. El riesgo de este efeto adverso es sustancialmente mayor para los pacientes que reciben bifosfonatos intravenosos en el tratamiento del cáncer que para los pacientes que reciben bifosfonatos orales para la osteoporosis o la enfermedad de Paget.

Siempre se monitorea en serie la FAO para ver los efectos del tratamiento y la actividad de la enfermedad.

Monitoreo

Debido al riesgo de osteosarcoma, los pacientes deben ser monitoreados de manera indefinida. La presentación del osteosarcoma es clásicamente con aumento del dolor óseo que responde mal al tratamiento médico, hinchazón local y fractura patológica. El cambio clínico en la actividad de la enfermedad de Paget puede monitorearse mediante la medición de FAO. No se aconseja pedir un centello óseo. Una caída del 25% en el nivel de FAO se considera una respuesta significativa al tratamiento. Los niveles de FAO de los pacientes deben medirse tres y seis meses después del tratamiento y luego a intervalos de seis meses.

Algunos pacientes requerirán un nuevo tratamiento. El retratamiento se considera necesario si los síntomas persisten, hay indicadores de actividad persistente de la enfermedad, como niveles elevados de FAO o radiografías que muestran la progresión de la enfermedad o hay indicadores bioquímicos de recaída (aumento del 25% del nivel de FAO total por encima del nadir después del tratamiento).

No hay evidencia que sugiera que los tratamientos repetidos pierdan su efecto posterior.

Referencias

www.pagetsdisease.com
www.paget.org.uk

Griz L, Fontan D, Mesquita P, et al; Diagnosis and managementofPaget'sdiseaseofbone. ArqBrasEndocrinolMetabol. 2014 Aug58(6):587-99.
Ferraz-de-Souza B, Correa PH; Diagnosis and treatmentofPaget'sdiseaseofbone: a mini-review. ArqBrasEndocrinolMetabol. 2013 Nov57(8):577-82

Enfermedad de Paget extraósea

Publicado el 24/11/20

La enfermedad de Paget de la mama fue descrita por Sir James Paget en 1874. Es un tipo raro de cáncer del complejo pezón-areola que se presenta como una lesión eccematosa del pezón y a menudo se asocia con un carcinoma de mama subyacente (in situ en 40% de los casos e invasivo en el 60% restante).[1].
Se observa en el 1 al 4% de los casos de cáncer de mama femenino. También puede ocurrir en hombres pero en muy raras ocasiones.

Fisiopatología
Las células malignas infiltran la epidermis a través del epitelio del conducto mamario y proliferan dando lugar al engrosamiento de la piel afectada.

Presentación
Suele ser unilateral, pero puede ocurrir de forma bilateral. Algunos casos pueden ocurrir después de una mastectomía a pesar de que no hay tejido mamario presente. Por lo general, involucra el pezón, pero puede extenderse por la piel areolar. Se presenta como un cambio eccematoso crónico del pezón con: prurito, eritema, formación de escamas, erosiones, secreción del pezón que incluye sangrado, tumoración mamaria palpable subyacente (generalmente indica una naturaleza invasiva).

Entre los diagnósticos diferenciales deben considerarse los trastornos de la piel, por ejemplo, eccema (tener en cuenta siempre la enfermedad de Paget de la mama), melanoma, adenoma del pezón.

Diagnóstico
Se realiza con imágenes de la mama (mamografía, RMN) y biopsia con inmunohistoquímica y tinciones especiales.
La enfermedad de Paget del pezón sin tumor asociado se clasifica como carcinoma in situ De lo contrario, se clasifica según el tamaño del tumor subyacente.

Tratamiento
El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Paget es controvertido.

La mastectomía con o sin disección de los ganglios linfáticos axilares se consideraba el tratamiento estándar para la enfermedad de Paget, incluso en ausencia de otros signos clínicos de malignidad. Se informaron altas tasas de recurrencia en pacientes con mamografías que sugerirían cambios in situ confinados al pezón tratadas tratadas con escisión local sola, Por lo tanto, la escisión local por sí sola no es un tratamiento apropiado para pacientes con enfermedad de Paget del pezón. Sin embargo, con el aumento del diagnóstico de cánceres de mama precoces, los resultados de múltiples ensayos han demostrado que la terapia conservadora de la mama es una alternativa viable para pacientes con enfermedad limitada al segmento central de la mama. Informes recientes de varios estudios con seguimiento a largo plazo también han demostrado que la cirugía para conservar la mama es equivalente a la mastectomía en términos de sobrevida general y libre de enfermedad en pacientes con cáncer de mama. La adición de radioterapia a la cirugía de conservación de la mama puede ser mejor opción en pacientes con enfermedad de Paget de la

mama asociada con una masa mamográfica no palpable (a pesar de una alta sospecha de malignidad mamaria subyacente). También es posible que se requiera quimioterapia para la lesión mamaria subyacente.

Pronóstico

En un estudio, el 62% de los pacientes con enfermedad de Paget mamaria presentaron una masa mamaria detectable. El 50% de las pacientes con enfermedad de Paget con masa mamaria palpable tienen metástasis en los ganglios linfáticos axilares asociados. Incluso en pacientes con enfermedad de Paget mamaria y sin tumor subyacente, el 30% puede desarrollar un carcinoma invasivo en una fecha posterior y el 20% ya tiene un carcinoma de mama in situ asociado.

Los factores de pronóstico desfavorable incluyen: tumor palpable, adenopatías, tipo histológico de cáncer de mama y edad menor de 60 años.

Enfermedad de Paget extramamaria

Aproximadamente el 25% de los casos se asocia con una neoplasia subyacente in situ o invasiva, en particular un carcinoma apocrino anexial. Otras neoplasias asociadas incluyen carcinomas de glándulas de Bartholin, uretra, vejiga, vagina, cuello uterino, endometrio y próstata. Es una condición rara con solo varios cientos de casos reportados en el mundo. Aparece con mayor frecuencia en personas de 50 a 60 años y es más común en mujeres. Suele presentarse como una dermatitis crónica de ingle, genitales o zona perianal, que es resistente al tratamiento. A menudo se asocia con prurito intenso y las lesiones de larga duración pueden causar dolor y sangrado.

https://patient.info/doctor/pagets-disease-of-breast

Acupuntura para el dolor crónico

Publicado el 24/02/20

El dolor lumbar crónico inespecífico (LBP) es muy común; se define como un dolor sin una etiología reconocible que dura más de tres meses.

Algunas pautas de práctica clínica sugieren que la acupuntura puede ofrecer una terapia alternativa eficaz.

Esta revisión es una escisión de una revisión Cochrane anterior y se centra en el dolor lumbar crónico.

Objetivos

Evaluar los efectos de la acupuntura en comparación con la intervención simulada, ningún tratamiento o la atención habitual para el dolor lumbarcrónico inespecífico.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, dos bases de datos chinas y dos registros de ensayos hasta el 29 de agostode 2019 sin restricciones sobre el idioma o el estado de publicación.

También se analizó las listas de REFERENCIAS y las pautas para el dolor lumbar para identificar estudios potencialmente relevantes.

Criterios de selección

Se incluyeron sólo ensayos controlados aleatorios (ECA) de acupuntura para el dolor lumbar crónico inespecífico en adultos.

Se excluyeron los ECA que investigaron el dolor lumbar con una etiología específica.

Se incluyeron los ensayos que compararon la acupuntura con alguna intervención simulada, ningún tratamiento y la atención habitual.

Los resultados primarios fueron dolor, estado funcional específico de la espalda y calidad de vida; los resultados secundarios fueron ladiscapacidad relacionada con el dolor, la evaluación global o los eventos adversos.

Recogida y análisis de datos

Dos autores de la revisión examinaron de forma independiente los estudios, evaluaron el riesgo de sesgo y extrajeron los datos.

Se meta-analizaron los datos que fueran clínicamente homogéneos mediante un modelo de efectos aleatorios en Review Manager 5.3.

De lo contrario, los datos se informaron de forma cualitativa. Se usó el enfoque GRADE para evaluar la certeza de la evidencia.

Resultados principales

Se incluyeron 33 estudios (37 artículos) con 8270 participantes.

La mayoría de los estudios se llevaron a cabo en Europa, Asia, América del Norte y del Sur.

7 estudios (5572 participantes) fueron realizados en Alemania representaron el 67% de los participantes.

16 ensayos compararon la acupuntura con una intervención simulada, la atención habitual o ningún tratamiento.

La mayoría de los estudios tenían un alto riesgo de sesgo de realización debido a la falta de cegamiento del acupunturista.

Se encontró que algunos estudios tenían un alto riesgo de sesgo de detección, deserción, notificación o selección.

Se encontró evidencia de certeza baja (7 ensayos, 1403 participantes) de que la acupuntura puede aliviar el dolor en el plazo inmediato(hasta 7 días) en comparación con la intervención simulada (diferencia de medias (DM) -9,22 (IC95%: -13,82 a -4,61),

En la escala analógica visual (EVA) de 0-100, la diferencia no alcanzó el umbral clínicamente importante de 15 puntos o el 30% de cambio relativo.

La evidencia de certeza fue muy baja de 5 ensayos (1481 participantes) mostró que la acupuntura no fue más efectiva que la simulación paramejorar la función específica de la espalda en el término inmediato (diferencia de medias estandarizada (DME) -0,16; IC95%: -0,38 a 0,06;correspondiente según el Hannover FunctionAbilityQuestionnaire (HFAQ, 0 a 100, valores más altos mejor) cambio (DM 3,33 puntos;IC95%: -1,25 a 7,90).

3 ensayos (1068 participantes) arrojaron evidencia de certeza baja de que la acupuntura parecía no ser más efectiva clínicamente a corto plazopara la calidad de vida (DME 0,24; IC del 95%: 0,03 a 0,45; correspondiente a la encuesta de salud de formato corto de 12 ítems físicos (SF-12,escala de 0-100, valores más altos mejor) cambio (DM 2,33 puntos; IC del 95%: 0,29 a 4,37)).

Las razones para disminuir la certeza de la evidencia a baja o muy baja fueron el riesgo de sesgo, la inconsistencia y la imprecisión.

Se encontró evidencia de certeza moderada de que la acupuntura produjo un alivio del dolor mayor y clínicamente importante(DM -20,32; IC del 95%: -24,50 a -16,14);

4 ensayos, 366 participantes; (EAV, 0 a 100) y una mejor función de la espalda (DME - 0,53; IC del 95%: -0,73 a -0,34;

5 ensayos, 2960 participantes; correspondiente al cambio de HFAQ (DM 11,50 puntos; IC del 95%: 7,38 a 15,84) en el plazo inmediato encomparación con ningún tratamiento.

La evidencia se redujo a moderada certeza debido al riesgo de sesgo Ningún estudio informó sobre la calidad de vida a corto plazo o los eventosadversos.

La evidencia de certeza baja (cinco ensayos, 1054 participantes) sugirió que la acupuntura puede reducir el dolor (DM -10,26; IC del 95%: -17,11a -3,40; no es clínicamente importante en 0 a 100 EAV) y mejorar la función específica de la espalda inmediatamente después del tratamiento(DME: -0,47; IC del 95%: -0,77 a -0,17; cinco ensayos, 1381 participantes; correspondiente al cambio del cuestionario HFAQ(DM 9,78 puntos; IC del 95%: 3,54 a 16,02)) en comparación con la atención habitual.

La evidencia de certeza moderada de un ensayo (731 participantes) encontró que la acupuntura fue más efectiva para mejorar la calidad de vidafísica (DM 4,20; IC95%: 2,82 a 5,58) pero no la calidad de vida mental a corto plazo (DM 1,90; 95%) IC 0,25 a 3,55).

La certeza de la evidencia se redujo a moderada a baja debido al riesgo de sesgo, inconsistencia e imprecisión.

La evidencia de certeza baja indicó una incidencia similar de eventos adversos inmediatamente después del tratamiento en los grupos deacupuntura y de intervención simulada (4 ensayos, 465 participantes) (CR 0,68; IC del 95%: 0,46 a 1,01) y los grupos de acupuntura y atenciónhabitual (un ensayo, 74 participantes) (RR 3,34; IC del 95%: 0,36 a 30,68).

La certeza de la evidencia disminuyó debido al riesgo de sesgo e imprecisión.

Ningún ensayo informó eventos adversos de la acupuntura en comparación con ningúntratamiento.

Los eventos adversos informados con más frecuencia en los grupos de acupuntura fueron dolor en el punto de inserción, hematomas, sangrado,empeoramiento del dolor lumbar y dolor distinto del dolor lumbar (dolor en la pierna y elhombro).

Conclusiones de los autores

Se encontró que la acupuntura puede no desempeñar una función clínicamente más significativa que la simulación para aliviar el dolorinmediatamente después del tratamiento o para mejorar la calidad de vida a corto plazo, y es posible que la acupuntura no mejore la funciónde la espalda en comparación con la simulación a corto plazo.

Sin embargo, la acupuntura fue más eficaz que ningún tratamiento para mejorar el dolor y la función en el plazo inmediato.

Los ensayos con atención habitual como control mostraron que la acupuntura puede no reducir el dolor clínicamente, pero la terapia puede mejorarla función inmediatamente después de las sesiones, así como la calidad de vida física pero no mental a corto plazo.

La evidencia disminuyó a certeza moderada a muy baja considerando que la mayoría de los estudios tenían un alto riesgo de sesgo, inconsistenciay un tamaño de muestra pequeño que introducía imprecisión.

Referencia

https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013814/full/es

Eritema en miembros inferiores: Celulitis, ¿Y qué más?

Publicado el 25/02/20

El BMJ acaba de publicar un buen resumen de los diagnósticos diferenciales de esta condición.

	Unilateral	Bilateral
Diagnósticos diferenciales	Infeccioso Infección de tejido blando agudo necrotizante Infección de tejidos profundos: Subaguda/crónica [3] Artritis/bursitis séptica Patógenos infrecuentes	Infeccioso Celulitis bilateral verdadera [1] Úlcera infectada [2]
	No infeccioso Enfermedad vascular [4] Artropatía por cristales	No infeccioso Enfermedad vascular [5] Enfermedad inflamatoria sistémica [6]

1. Por edema o linfedema crónico.
2. Por causas vasculares o DBT
3. Osteomielitis
4. TVP, obstrucción venosa, sme compatimental, compromiso arterial
5. Várices
6. Vasculitis, eritema multiforme, pioderma gangrenoso

2020;368:m54 doi: 10.1136/bmj.m54

Medias compresivas para el edema crónico

Publicado el 20/08/20

El edema crónico de la pierna es un factor de riesgo de celulitis.
Se ha recomendado el uso diario de medias de compresión en la pierna para prevenir la reaparición de la celulitispero hasta ahora, no había una buenaevidencia.

Se acaba de publicar un ensayo aleatorizado, no ciego, de un solo centro, donde se asignaron participantes con edema crónico de la pierna y celulitisrecurrente, en una proporción de 1:1, a recibir terapia de compresión de la pierna más educación sobre la prevención de la celulitis (grupo de compresión) oeducación sola (control grupo).

El seguimiento se realizó cada 6 meses durante un máximo de 3 años o hasta que se produjeran 45 episodios de celulitis en el ensayo.

El resultado primario fue la recurrencia de la celulitis.

Los participantes del grupo control que tuvieron un episodio de celulitis pasaron al grupo de compresión.

Los resultados secundarios incluyeron el ingreso hospitalario relacionado con la celulitis y las evaluaciones de la calidad de vida.

Resultados

Se evaluó a un total de 183 pacientes y se inscribieron 84.
Se asignaron 41 participantes al grupo compresión y 43 al grupo de control.
En el momento de un análisis intermedio planificado, cuando se habían producido 23 episodios de celulitis, 6 participantes (15%) en el grupo compresióny 17 (40%) en el grupo control habían tenido un episodio de celulitis (RR 0,23; IC 95 % 0,09 a 0,59; p= 0,002; RR [análisis post hoc], 0,37; IC del 95%,0,16 a 0,84; P = 0,02).

El ensayo se detuvo por eficacia.

Un total de 3 participantes (7%) en el grupo de compresión y 6 (14%) en el grupo de control fueron hospitalizados por celulitis (RR 0,38; IC 95%, 0,09 a 1,59).

La mayoría de los resultados de calidad de vida no difirieron entre los dos grupos.

No se produjeron eventos adversos durante el ensayo.

Conclusiones

En este ensayo pequeño, unicéntrico y no ciego que incluyó a pacientes con edema crónico de la pierna y celulitis, la terapia de compresión resultóen una menor incidencia de recurrencia de la celulitis que el tratamiento conservador. (Estudio financiado por CalvaryPublic Hospital Bruce)

Signo clínico: Lívedoreticularis.

Publicado el 12/06/20

La livedoreticularis es un trastorno no purpúrico que se presenta con patrones vasculares acentuados en la piel.

Resulta de la desaceleración del flujo sanguíneo a través de los vasos cutáneos, se presenta como un patrón vascular reticulado que cede a la presión, habitualmente con un tono rojo-azul o violáceo.

Caso clínico I: Dar antibióticos para un procedimiento odontológico.

Publicado el 31/05/20

Fernanda tiene 35 años, trabaja como secretaria pero actualmente está en su casa por la pandemia. Te llama telefónicamente y dice que comenzó con dolor "de muelas" que quiere tomar antibióticos y que le recomiendes uno. En algún otro momento tomó amoxi-clavulánico y mejoró.

¿Cuál es tu conducta?

a. Le indicásamoxi-clavulánico y ketorolac y que pida turno con el odontólogo lo antes que pueda.

b. Le decís que tome ketorolac para el dolor y que pida turno con el odontólogo lo antes que pueda. pero si en 48 hs. no mejoró que comience con amoxi-clavulánico.

c. Le decís que los antibióticos no le van a calmar el dolor y que tome ketorolac y que pida turno con el odontólogo lo antes que pueda.

Gracias por participar!

Fue una costumbre que ante toda odontalgia los odontólogos indicaran antibióticos y algunos siguen haciéndolo sin mucha evidencia.

Fijate las conclusiones de la revisión Cochrane sobre este tema:

https://www.cochrane.org/es/CD010136/ORAL_efectos-de-los-antibioticos-sobre-la-odontalgia-causada-por-la-inflamacion-o-la-infeccion-en-la-raiz?fbclid=IwAR27wYEJlSf6MdHfWPc0P3v5dBMhaCkNjeOrbta3ryQQ3bo4SRXXZ-oRKXM

Caso clínico II: Sindrome de intestino irritable.

Publicado el 14/05/20

Te consulta un paciente de 30 años, es camarógrafo en la calle y está muy preocupado por la infección por coronavirus.

Presenta dolores abdominales generales, distensión abdominal y cambios en su hábito intestinal, a veces diarrea y otras constipación.

Si sospechás colon irritable,

¿Cuáles son las BANDERAS ROJAS de este cuadro? Mencioná una.

Pregunte a todas las personas con síntomas atribuibles a SII si tienen algunos de los indicadores denominados como “bandera roja” y derívelos a centros de atención secundaria para continuar su evaluación si detecta:

-Pérdida de peso inexplicable o no intencional,

-Sangrado rectal,

-Historia familiar de cáncer de colon o cáncer de ovario,

-Cambio en el hábito intestinal (deposiciones más desligadas, más frecuentes, o ambas) que persistan durante más de 6 semanas en personas mayores de 60 años.

https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=5301&origen=2&fbclid=IwAR25sgy7OfFr0_DctQ5kEaGfxopFtVmAxQgwuVgtP1sJkUzN1ymxBun1U04

Cómo pasar del acenocumarol al apixaban.

Publicado el 27/04/20

Si el RIN es menor que 2, comenzar el tratamiento con apixaban.
Si el RIN está entre 2 y 2,5, comenzar el tratamiento con apixaban al día siguiente.
Si el RIN es mayor a 2,5, esperar hasta que el RIN del paciente haya disminuido a menos de 2 antes de comenzar el tratamiento con apixaban.

Señala en este punto que el tiempo necesario para que el RIN llegue a menos de 2 variará de persona a persona y dependerá de cuál fue el nivel de RIN inicial del paciente.

https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2014/05/22/14/39/accel-2-1

https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/anticoag_2015november_full.pdf

El sesgo de estudiar más a los hombres.

Publicado el 2/01/20

Siglos de exclusión femenina de los estudios científicos ha significado que las enfermedades de las mujeres a menudo se pierdan, se diagnostiquen erróneamente o sigan siendo un misterio.

Algunos datos:

1. A principios de los años 60, observando que las mujeres tendían a tener tasas más bajas de enfermedad cardíaca hasta la menopausia, los investigadores realizaron el primer ensayo para ver si la hormonoterapia de reemplazo era efectiva.
El estudio inscribió a 8.341 hombres y ninguna mujer.

2. Un estudio piloto respaldado por el Instituto Nacional de Salud de la Universidad Rockefeller que analizó cómo la obesidad afectaba el cáncer uterino y de mama **no inscribió a una sola mujer** ".

3. En 1985 el Estudio Longitudinal de Envejecimiento de Baltimore (que comenzó en 1958) y pretendía explorar el "envejecimiento humano normal", **no inscribió a ninguna mujer durante los primeros 20 años que funcionó**.

4. El Estudio de salud de los médicos (PhysicianHealthStudy), que concluyó hace poco, enunció que tomar una aspirina diaria puede reducir el riesgo de enfermedad cardíaca. **Fue realizado en 22.071 hombres y 0 mujeres**.

5. El Ensayo de Intervención de Factor de Riesgo Múltiple de 1982, conocido como MRFIT, que analizó si el cambio en la dieta y el ejercicio podrían ayudar a prevenir enfermedades del corazón **incluyó solo 13.000 hombres**.

El resultado de este sesgo masculino en la investigación se extiende más allá de la práctica clínica.

De los 10 medicamentos retirados del mercado por la FDA en Estados Unidos entre 1997 y 2000 debido a efectos adversos graves, **ocho causaron mayores riesgos para la salud en las mujeres**.

Un estudio de 2018 encontró que esto fue el resultado de "sesgos masculinos graves en la investigación básica, preclínica y clínica".

La campaña tuvo un efecto en los Estados Unidos: en 1993, la FDA y el NIH (Inglaterra) ordenaron la inclusión de mujeres en ensayos clínicos.

Desde los años 90, se han incluido más mujeres en ensayos clínicos, pero los investigadores no siempre han analizado los resultados por sexo y/o género.

El NIH tardó hasta 2014 en comenzar a reconocer el problema del sesgo masculino en los ensayos preclínicos.

Extraído del libro: *Pain and Prejudice de Gabrielle Jackson.*