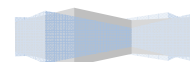


# Fundación MF



# Anuario 2015



## Prólogo

Desde el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano y la Fundación MF renovamos nuestro compromiso de difundir y sostener los principios y valores de la Medicina Familiar y la Atención primaria.

A través de este espacio hemos construido una comunidad a través de la cual hemos intercambiado conocimientos, opiniones siempre con respeto tratando de ser fieles al ejercicio de la medicina centrada en las personas, tomando en cuenta la mejor evidencia científica disponible, el contexto tanto de los profesionales como de los pacientes y las comunidades a las que pertenecen.

Hemos bregado por una medicina despojada de intereses espurios que persiguiera el bienestar de las personas, empoderando a los pacientes para ser protagonistas en la construcción de su salud y proponiendo la toma de decisiones compartidas.

Día tras día nos hemos actualizado, divertido, discutido, acordado, disentido siempre con respeto.

Y se acerca el fin del año. Es ahora de recapitular y recordar todo lo que hemos pasado juntos....

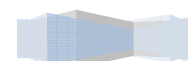
Acá va todo nuestro año en esta comunidad maravillosa, para recordar lo que vivimos, para atrapar si algo nos perdimos....para ver otra vez todo junto el 2015 que pasamos.

¡Muy buen año para nuestros amigos y seguimos en 2016 con más intercambios y nuevos desafíos!

¡Salud!

**Dra. Karin Kopitowski**

Jefa Servicio Medicina Familiar y Comunitaria  
Hospital Italiano de Buenos Aires



# Índice

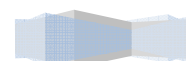
---

*Nota:*

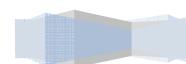
*El anuario se confeccionó desde que salió el correspondiente al 2014 por lo tanto algunas referencias son de fines de ese año.*

## Tabla de contenido

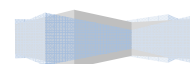
|                                                                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>La medicina familiar: Marco conceptual .....</b>                                                              | <b>14</b> |
| La "riesgología". Una ciencia que crece a pasos agigantados. ....                                                | 14        |
| Dr... Dígame qué enfermedad tengo. ....                                                                          | 16        |
| ¿Por qué mueren distinto los pacientes a los médicos? .....                                                      | 16        |
| Pensá dos veces antes de .....                                                                                   | 18        |
| ¿Eran más sanos o somos más enfermos? Demasiada medicación... ..                                                 | 19        |
| Estrategias contra el burn out .....                                                                             | 19        |
| Las 5 cosas que los internistas generales dijeron que los médicos de<br>atención primaria no deberían hacer..... | 20        |
| Ocho máximas de un viejo médico de familia .....                                                                 | 21        |
| El miedo a morir .....                                                                                           | 22        |
| La salud en franco deterioro.....                                                                                | 25        |
| El médico de familia conviviendo con el sobrediagnóstico, los falsos<br>positivos y el sobretratamiento. ....    | 27        |
| El mito del parto hospitalario.....                                                                              | 28        |
| ¡Cuando el problema es hacer indicaciones demás! .....                                                           | 30        |
| ¡Ya viene! ¡Ya se acerca! El mito de tomar agua.....                                                             | 30        |
| Lo atractivo que es confundir la correlación con la causa.....                                                   | 32        |



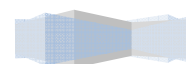
|                                                                                              |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| No indiques medicamentos demás Parte I y II .....                                            | 33        |
| No indiques medicamentos demás Parte III .....                                               | 35        |
| No indiques medicamentos demás Parte IV .....                                                | 36        |
| <b>Prevención .....</b>                                                                      | <b>37</b> |
| La falsedad de la prevención .....                                                           | 37        |
| Rastreo con Mx: Cirugías innecesarias por rastrear a 100 mujeres a lo largo de 10 años. .... | 38        |
| Sobrediagnóstico.....                                                                        | 40        |
| Sobrediagnóstico en cáncer de mama.....                                                      | 41        |
| CID in situ de mama.....                                                                     | 42        |
| El auto examen de mama y el examen clínico de mama en mujeres asintomáticas.....             | 43        |
| Recomendaciones rastreo de cáncer de mama.....                                               | 44        |
| ¿Qué pasaría si hacés rastreo de cáncer de próstata a 100 hombres con PSA y TR? .....        | 45        |
| Rastreo de aneurisma de aorta abdominal: Cuándo, cómo, qué conducta.                         | 46        |
| Pedir estudios demás: Un ciclo que nunca termina. ....                                       | 47        |
| Medicina imprecisa: Muchos pacientes medicados y pocos beneficiados ..                       | 48        |
| Consecuencias de fumar .....                                                                 | 49        |
| Rastreo con TAC a tabaquistas .....                                                          | 50        |
| Estilos de vida poco saludables.....                                                         | 54        |
| Actualización en prevención.....                                                             | 55        |
| Vacunación antineumocócica.....                                                              | 56        |
| ¡No al Eco doppler carotideo! ¿Por qué?.....                                                 | 58        |



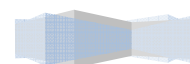
|                                                                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Ni se te ocurra tocarte las carótidas! .....                                                              | 59        |
| El dosaje de la vitamina D .....                                                                          | 60        |
| ¿Me trata el colesterol? .....                                                                            | 60        |
| ¡Nos llegó carta! .....                                                                                   | 61        |
| ¡Nos llegó carta! (II).....                                                                               | 63        |
| Regresión a la media .....                                                                                | 65        |
| Aspirina en bajas dosis.....                                                                              | 67        |
| Los nuevos medicamentos... Los subrogantes.....                                                           | 68        |
| El difícil arte de explicar las curvas en J .....                                                         | 69        |
| Consejos preventivos: Todas las recomendaciones en consejos médicos de la Fuerza de Tareas Americana..... | 71        |
| 5-8-10-42 km...¿Hay un límite superior para la actividad física?.....                                     | 74        |
| El diagnóstico se escucha .....                                                                           | 75        |
| ¿Cómo podés estar tan seguro? .....                                                                       | 75        |
| Los rastreos de cáncer de mama y próstata siguen sin dar grandes resultados. ....                         | 76        |
| <b>Salud del niño.....</b>                                                                                | <b>79</b> |
| El beso de la madre. Obstrucción nasal por cuerpo extraño. ....                                           | 80        |
| Calendario de vacunación nacional.....                                                                    | 80        |
| Síndrome de muerte súbita infantil .....                                                                  | 81        |
| Rubeola erradicada.....                                                                                   | 82        |
| Abuso de niños: Cómo puede ayudar la tecnología .....                                                     | 83        |
| El síndrome de Turner .....                                                                               | 84        |
| Dolor abdominal en niños Publicado en el ForoAPS el 20 de julio 2015.....                                 | 87        |



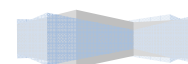
|                                                                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Circuncisión en el recién nacido .....                                                                                         | 96         |
| Reflejos en el recién nacido .....                                                                                             | 99         |
| ¿Hay que rastrear autismo en niños? .....                                                                                      | 101        |
| Sospecha de abuso en niños .....                                                                                               | 102        |
| Manejo de síncope en niños .....                                                                                               | 102        |
| ¿Los bebés nacidos por cesárea son más propensos a desarrollar problemas de salud?.....                                        | 104        |
| <b>HTA .....</b>                                                                                                               | <b>106</b> |
| El monitoreo ambulatorio de PA: MAPA (Presurometría de 24 horas) o Monitoreo domiciliario de PA: MDPA (4 DIAS).....            | 106        |
| Presión en el consultorio, MAPA y MDPA .....                                                                                   | 107        |
| Repasando las metas de HTA .....                                                                                               | 109        |
| El debate sobre la sal .....                                                                                                   | 109        |
| El tratamiento de la hipertensión en pacientes coronarios.....                                                                 | 113        |
| Mitos de la HTA (I): "...Cuando a mi me duele la cabeza es porque tengo la presión alta..." .....                              | 114        |
| Mitos de la HTA (III): "...mi hija me dijo que tenía todo el ojo lleno de sangre y pensé que era por la presión..." .....      | 115        |
| ¿En cuál de los siguientes escenarios es probable que sea poco útil el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA)? ..... | 116        |
| El estudio SPRINT .....                                                                                                        | 117        |
| <b>Diabetes.....</b>                                                                                                           | <b>120</b> |
| Algoritmo de manejo de DBT de la Asociación Americana de Endocrinología y Asociación Americana de DBT.....                     | 120        |
| Incidencia de DBT en los que toman estatinas .....                                                                             | 120        |



|                                                                                                           |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| La DBT, aún un misterio.....                                                                              | 121        |
| Pasos para la insulinización. ....                                                                        | 122        |
| El auto monitoreo de glucemia. ....                                                                       | 122        |
| Cuidate y tomá los medicamentos o perderás los ojos y las piernas.....                                    | 123        |
| Control de F de R en pacientes ancianos con DBT.....                                                      | 124        |
| Enfermedades concordantes: Un enfoque para el manejo de pacientes<br>DBT. ....                            | 125        |
| Cuidado con los nuevos hipoglucemiantes.....                                                              | 126        |
| <b>Dislipemias.....</b>                                                                                   | <b>128</b> |
| Un algoritmo canadiense sobre dislipemia. ....                                                            | 128        |
| Las grasas trans son lo peor.....                                                                         | 128        |
| <b>Tabaquismo y otras adicciones .....</b>                                                                | <b>130</b> |
| ¡Qué difícil es dejar de fumar! .....                                                                     | 130        |
| Los médicos de atención primaria preguntamos más por el cigarrillo que por<br>el consumo de alcohol. .... | 130        |
| <b>Problemas cardiovasculares.....</b>                                                                    | <b>132</b> |
| Drogas para la ICC .....                                                                                  | 132        |
| Anticoagulación en la FA.....                                                                             | 132        |
| Anticoagulación en el período periprocedimiento .....                                                     | 133        |
| Fibrilación Auricular.....                                                                                | 134        |
| El tratamiento de la hipertensión en pacientes coronarios.....                                            | 135        |
| AIT .....                                                                                                 | 137        |
| No sólo es la troponina .....                                                                             | 140        |

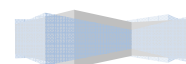


|                                                                                                                               |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ¿Qué debés recomendarle a un paciente que se va a hacer una prueba de esfuerzo? .....                                         | 141        |
| Sme coronario agudo.....                                                                                                      | 141        |
| Complicaciones del IAM .....                                                                                                  | 143        |
| Vasospasmo coronario .....                                                                                                    | 145        |
| Manejo de la HTA en pacientes coronarios .....                                                                                | 146        |
| <b>Obesidad.....</b>                                                                                                          | <b>148</b> |
| La manzana sí, la papa no... Desmitificando el índice glucémico. ....                                                         | 148        |
| Nos llegó carta!.....                                                                                                         | 149        |
| Si seguís comiendo demás, no habrá maratón que quemé tantas calorías.<br>Desenmascarando el mito de la actividad física ..... | 152        |
| ¿Por qué no funcionan las dietas restrictivas? .....                                                                          | 153        |
| ¿El sobrepeso/obesidad protegen realmente a las personas con diabetes? La paradoja de la obesidad. ....                       | 155        |
| ¿Qué dieta te funcionó? .....                                                                                                 | 157        |
| ¿Por qué engordan más las personas que toman bebidas dietéticas? .....                                                        | 159        |
| La actividad física tiene muchos beneficios pero este no. ....                                                                | 163        |
| Rastreo de DBT en pacientes adultos con sobrepeso u obesos .....                                                              | 163        |
| <b>Salud del Anciano.....</b>                                                                                                 | <b>164</b> |
| Los efectos del calor extremo en adultos mayores.....                                                                         | 164        |
| No basta ser, también hay que parecer. ....                                                                                   | 164        |
| 10 signos tempranos de Alzheimer .....                                                                                        | 165        |
| Hiperplasia prostática benigna.....                                                                                           | 168        |
| El diario del dormir bien .....                                                                                               | 169        |

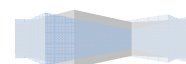




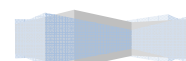
|                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Prevencción de caídas .....                                                         | 170        |
| Alzheimer: 9 factores de riesgo potencialmente modificables .....                   | 171        |
| ¿Sirven los talleres de memoria? .....                                              | 172        |
| No rastrear deterioro cognitivo.....                                                | 173        |
| <b>Salud de la mujer.....</b>                                                       | <b>175</b> |
| Té de jengibre en el embarazo. ....                                                 | 175        |
| Mastectomía doble.....                                                              | 177        |
| Disfunción sexual relacionada con síndrome genitourinario en la<br>menopausia. .... | 180        |
| Incontinencia Urinaria. Trivia.....                                                 | 181        |
| Dolor Pelviano. Banderas rojas. ....                                                | 184        |
| <b>Problemas neurológicos.....</b>                                                  | <b>185</b> |
| Enfermedad de Parkinson: Mito y realidad .....                                      | 185        |
| Tratamiento del Parkinson.....                                                      | 185        |
| <b>Problemas ORL-Neumonológicos.....</b>                                            | <b>187</b> |
| No trates con ATB.....                                                              | 187        |
| Derrame pleural.....                                                                | 189        |
| Diagnóstico del paciente con EPOC (lo que necesitás saber).....                     | 190        |
| <b>Problemas Urológicos .....</b>                                                   | <b>192</b> |
| Piuria esteril. Algoritmo diagnóstico .....                                         | 192        |
| Cáncer testicular .....                                                             | 192        |
| Cáncer renal .....                                                                  | 193        |
| Causas de infección urinaria en hombres.....                                        | 195        |
| No trates la bacteriuria asintomática .....                                         | 196        |



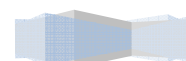
|                                                                                                                                                            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Problemas Hematológicos.....</b>                                                                                                                        | <b>198</b> |
| Trombosis venosa profunda: Algoritmo diagnóstico .....                                                                                                     | 198        |
| <b>Problemas OAM .....</b>                                                                                                                                 | <b>199</b> |
| Ejercicios para prevenir lumbalgia.....                                                                                                                    | 199        |
| Alteraciones de la RMN en la cervicalgia.....                                                                                                              | 200        |
| Disfunción de la articulación témporo-mandibular .....                                                                                                     | 201        |
| ¿Se operan las fracturas de muñeca? Si funciona bien, no la toques! .....                                                                                  | 203        |
| ¿Se operan las fracturas de hombro?.....                                                                                                                   | 205        |
| Nueva evidencia.....                                                                                                                                       | 206        |
| Un estudio publicado este año (2) ha proporcionado una buena evidencia de que la cirugía NO es necesaria para la mayoría de las fracturas desplazadas..... | 206        |
| Ejercicios para tendinitis epicondílea .....                                                                                                               | 206        |
| Ejercicios para OA de manos.....                                                                                                                           | 207        |
| ¿Sirven las rodilleras? .....                                                                                                                              | 208        |
| Artroscopía de rodilla... ¡No!, ¡siga con la kinesio!.....                                                                                                 | 209        |
| Más daños que beneficios.....                                                                                                                              | 209        |
| Simple... para el dolor lumbar simple.....                                                                                                                 | 210        |
| <b>Problemas Gastroenterológicos.....</b>                                                                                                                  | <b>212</b> |
| ¿Por qué los médicos de familia no vemos tantas colecistitis y sí muchas colelitiasis?.....                                                                | 212        |
| Interacciones de factores asociados a la úlcera péptica sangrante. ....                                                                                    | 212        |
| Predominio de síntomas del colon irritable .....                                                                                                           | 214        |
| ¿Probaste con alginato?.....                                                                                                                               | 214        |

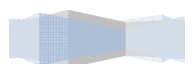


|                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------|------------|
| Actualizando los riesgos de la Enfermedad Celíaca (EC)..... | 215        |
| <b>Problemas Psicosociales .....</b>                        | <b>217</b> |
| ¿Qué es el estrés postraumático?.....                       | 219        |
| <b>Problemas Dermatológicos .....</b>                       | <b>222</b> |
| Pitiriasis Versicolor.....                                  | 222        |
| Tips de prurito crónico. ....                               | 223        |
| Prurito Crónico II .....                                    | 223        |
| Herpes genital primer episodio .....                        | 224        |
| Herpes genital recurrente .....                             | 225        |
| Los acrocordones NO son verrugas.....                       | 226        |
| Tratamiento de la Onicomicosis.....                         | 227        |
| <b>Terapéutica .....</b>                                    | <b>229</b> |
| Opioides en lumbalgia .....                                 | 230        |
| Opiáceos.....                                               | 231        |
| Te curo sin fármacos I .....                                | 231        |
| Te curo sin fármacos II .....                               | 234        |
| Te curo sin fármacos III .....                              | 237        |
| ¿Sirve el aceite de pescado?.....                           | 239        |
| A mí no me hace nada, es muy livianito... ..                | 241        |
| Yo tomo un paracetamol y no necesito nada más.....          | 241        |
| Resistencia antibiótica para el 2050.....                   | 243        |
| Alimentación en pacientes terminales.....                   | 243        |
| Cómo suspender los corticoides.....                         | 244        |
| <b>Misceláneas .....</b>                                    | <b>245</b> |



|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Listado de helados libres de gluten .....                                                 | 245 |
| ¿Es bueno para una vacuna tener un 60% de eficacia? .....                                 | 245 |
| Tratamiento para glaucoma... Aún poco conclusivo. ....                                    | 247 |
| ¿Existe realmente el Sme de Fatiga crónica? .....                                         | 248 |
| Ejemplos de demencias menos comunes y sus primeros síntomas de<br>presentación .....      | 252 |
| Sangre del cordón umbilical .....                                                         | 255 |
| ¿Qué sabemos de los placebos? .....                                                       | 256 |
| Problemas oculares comunes en atención primaria. Diagnóstico diferencial<br>.....         | 259 |
| Doc, ¿me da algo para dormir? .....                                                       | 260 |
| ¿Es reparador el sueño inducido por benzodiacepinas?.....                                 | 260 |
| Hepatitis B: Interpretación serológica.....                                               | 261 |
| Hepatitis: Evolución a la cronicidad.....                                                 | 262 |
| Manual de Cuidados paliativos 2015. Podés descargarlo de este sitio. ....                 | 262 |
| Conducta ante la aparición de un nódulo tiroideo.....                                     | 263 |
| Secretaria: "...Siii, el Doctor está retrasado... Paciente: "...como siempre..."<br>..... | 263 |
| ¿Cuánto tienen que esperar tus pacientes? .....                                           | 263 |
| Entendiendo a la Ferritina .....                                                          | 264 |
| Polimialgia Reumática .....                                                               | 265 |





# La medicina familiar: Marco conceptual

---

## La "riesgología". Una ciencia que crece a pasos agigantados.

Publicado el 20 de diciembre 2014

El 43% de los hombres y el 50% de las mujeres están tomando al menos un medicamento con receta (cifras de Inglaterra).

El 22% de los hombres y el 24% de las mujeres toman al menos tres medicamentos.

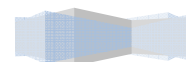
### Éxito o fracaso

#### ¿Más personas viven más tiempo por los fármacos o “demasiado medicamento” recetado sin gran cambio?

La manera en que los médicos prescribimos medicamentos ha cambiado. Por ej., hemos pasado, de la prescripción de estatinas después de un IAM o un ACV ("prevención secundaria") a su utilización para prevenir enfermedades. Esto a su vez ha dado lugar a la era de la "riesgología". Ya no se trata de si el colesterol es "normal" o no, sino del cálculo del riesgo de sufrir un IAM o un ACV cuando el nivel de colesterol se combina con otros factores de riesgo como la TA, el origen étnico y el peso.

Varias son las calculadoras de riesgo usadas y muchas las hemos publicado. Si tenés un paciente hombre de 65 años, que no fuma, con una proporción de Colesterol total/HDL-c de 5 y una TA sistólica de 140, que pesa 75 kilos y es de 1,80 mts, el riesgo de un IAM/ACV es de 16,7% en los próximos 10 años. Tomar estatinas diariamente reducirá ese riesgo al 13%.

Algunas personas encontrarán que esa reducción es muy buena, y la tomarán pese a tener efectos secundarios (1% de probabilidad de insuficiencia renal aguda, o 0,6% de problemas musculares graves). Otras personas van a juzgar los riesgos demasiado altos para el beneficio potencial.



Decidir con los pacientes no es una tarea sencilla porque los pacientes no piensan en probabilidades, riesgos, etc...

**Es difícil que al prescribir fármacos se prevengan más enfermedades.**

La salud pública es una noble especialidad que tiende a mejorar la salud de la población a través de, medidas de alcance poblacional: vacunación, saneamiento, alimentación adecuada reducción del tabaquismo, etc. Pero el aumento de la medicación preventiva marca un cambio en las medidas de salud de la población y nos conduce a la aventura en las tierras de la riesgología individual.

**No hay pruebas que esta intervención funcione.**

**Una revisión Cochrane (1) y un reciente ensayo aleatorizado (2) de una intervención similar en Dinamarca NO ENCONTRARON EVIDENCIA DE EFICACIA ALGUNA. La Escuela de Salud Pública inglesa dice que no hay pruebas de ensayos aleatorios controlados directos para tomar estatinas frente al uso de escalas de riesgo".**

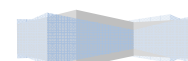
Además, basarse en tomar medicamentos para mejorar la salud de la población es poco eficaz, una buena proporción de personas simplemente dejan de tomar medicamentos a largo plazo.

La investigación sugiere que las personas que toman comprimidos más regularmente viven más tiempo, independientemente de si se trata de un fármaco activo o un placebo ya que seguramente son más adherentes a hacer dieta, ejercicio, etc.

En otras palabras, poner más gente a tomar estatinas, puede que tenga beneficios en las personas que ya eran propensas a vivir por más tiempo. Esto no va a reducir las desigualdades en salud, sino exacerbarlas.

(1) <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7191>

(2) <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3617>



## **Dr... Dígame qué enfermedad tengo.**

Publicado el 8 de enero 2015

Ir al médico para una persona a veces puede ser "riesgoso". Muchas veces, los médicos "encontramos algo" y dejan de sentirse sanas.

En este ensayo, el Dr Esteban Rubinstein, autor de "Los nuevos enfermos: ventajas y desventajas de la medicina preventiva", afirma que para que valga la pena rastrear una determinada enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento tienen que redundar en una mortalidad menor y en una baja de los daños potenciales.

<http://revistaanfibia.com/.../doctor-digame-que-enfermedad-t.../>

---

## **¿Por qué mueren distinto los pacientes a los médicos?**

Publicado el 13 de enero 2015

Charly fue mi tutor, un ortopedista muy respetado, hace unos años se encontró una "pelota" en el estómago.

Se le diagnosticó cáncer de páncreas. Se le informó que en el hospital donde trabajaba había uno de los mejores cirujanos del país, había desarrollado un procedimiento que podría triplicar la probabilidad de supervivencia a cinco años: de 5% a 15% aunque con una mala calidad de vida.

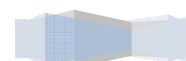
Charly no estuvo interesado, tenía 68 años. Se fue a su casa, cerró su consultorio y nunca más pisó un hospital. Se centró en pasar tiempo con su familia.

Varios meses después, murió en su casa. No recibió quimioterapia, radiación o tratamiento quirúrgico.

No es algo que nos guste mucho hablar, pero los médicos también tenemos que enfrentar la muerte.

**Lo que es inusual acerca de nosotros es la cantidad de tratamiento que damos comparado con lo poco que recibimos.**

---





Los médicos sabemos exactamente lo que va a suceder, conocemos las opciones, y por lo general, también tenemos fácil acceso a cualquier tipo de atención médica que podamos necesitar.

Sin embargo a la hora de elegir tendemos a ser más suaves...

Esto puede deberse a que conocemos los límites de la medicina moderna y tratamos de asegurarnos de que, cuando llegue el momento, no se tomen medidas heroicas.

Sabemos, por ejemplo, que no queremos a alguien rompiéndonos costillas al realizar RCP.

En un artículo de 2003, Joseph Gallo detallaba aquello que los médicos quieren cuando se trata de poner fin a su vida.

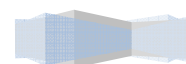
En una encuesta de 765 médicos, el 64% había dado una directiva específica sobre qué medidas deberían ser tomadas en caso de quedar incapacitado.

Eso se compara con sólo un 20% del público en general. (Como es de esperar, los médicos de mayor edad tienen más probabilidades que los médicos más jóvenes de haber decidido sobre directivas anticipadas. (P. Lester y col.)

¿Por qué existe una brecha tan grande entre las decisiones de los médicos y los pacientes? El caso de la RCP es instructivo. Un estudio realizado por S. Diem y col. de cómo se representa la RCP en la televisión encontró que era exitosa en el 75% de los casos y que el 67% de los personajes de televisión se iba a su casa.

En realidad, un estudio de 2010 de más de 95.000 casos de RCP encontró que sólo el 8% de los pacientes sobrevivieron durante más de un mes. De éstos, sólo el 3% podría llevar una vida sobre todo normal.

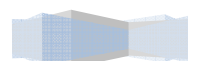
A diferencia de épocas anteriores, muchos médicos realmente tratan de honrar los deseos de sus pacientes, pero cuando los pacientes nos devuelven la pregunta: "¿Qué haría Ud. en mi caso Doc?...", a menudo es difícil contestar. No queremos imponer nuestros puntos de vista sobre un ser vulnerable.



El resultado es que más personas reciben atención inútil "para salvar vidas", y menos personas **mueren** cómodamente en su casa, con sus afectos, sus cosas y con un sentido de cierre a sus vidas.

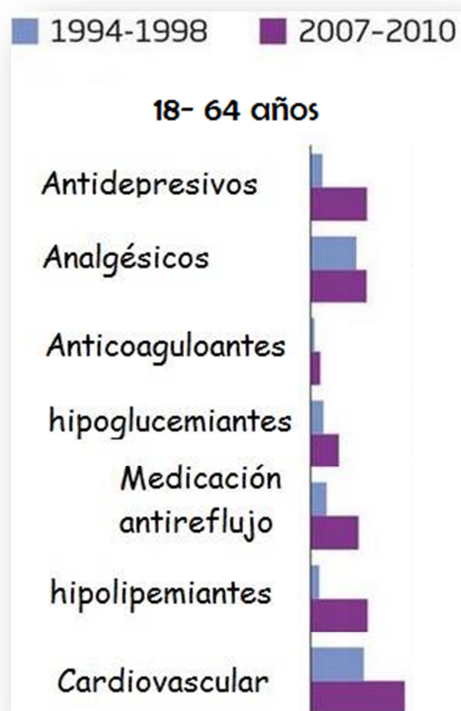
## Pensá dos veces antes de...

Publicado el 18 de abril 2015



## ¿Eran más sanos o somos más enfermos? Demasiada medicación...

Publicado el 15 de mayo 2015



[http://www.newscientist.com/article/mg22630213.300-everyday-drugs-are-we-taking-too-many-preventive-pills.html?utm\\_source=NSNS&utm\\_medium=SOC&utm\\_campaign=hoot&cmpid=SOC%7CNSNS%7C2015-GLOBAL-hoot](http://www.newscientist.com/article/mg22630213.300-everyday-drugs-are-we-taking-too-many-preventive-pills.html?utm_source=NSNS&utm_medium=SOC&utm_campaign=hoot&cmpid=SOC%7CNSNS%7C2015-GLOBAL-hoot)

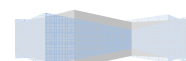
---

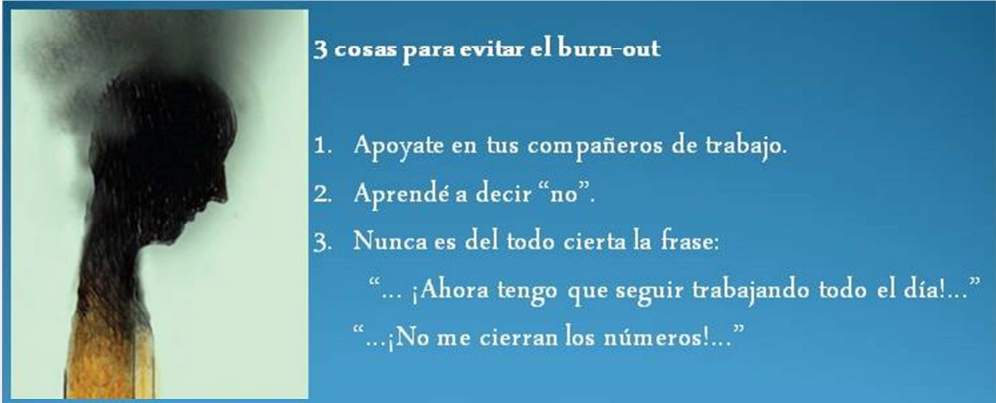
## Estrategias contra el burn out

Publicado el 11 de junio 2015

Hace un año publicamos los síntomas del mismo:

[https://www.facebook.com/photo.php?fbid=801293456550500&set=yo.100000095600528.2014.www\\_timeline.&type=1&theater](https://www.facebook.com/photo.php?fbid=801293456550500&set=yo.100000095600528.2014.www_timeline.&type=1&theater)





**3 cosas para evitar el burn-out**

1. Apoyate en tus compañeros de trabajo.
2. Aprendé a decir “no”.
3. Nunca es del todo cierta la frase:  
“... ¡Ahora tengo que seguir trabajando todo el día!...”  
“...¡No me cierran los números!...”

---

## **Las 5 cosas que los internistas generales dijeron que los médicos de atención primaria no deberían hacer.**

Publicado el 12 de abril 2015

1. **No recomiendan monitoreo con hemoglucos diario** en pacientes con DBT 2 que no usan insulina.

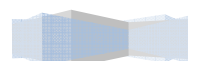
El automonitoreo de glucemia es una parte integral de autocontrol del paciente para mantener un control seguro y orientado a los objetivos en la DBT 1.

Sin embargo, NO hay ningún beneficio para realizar el automonitoreo en pacientes con DBT 2 que no están con insulina o medicamentos asociados con hipoglucemia, hay un potencial impacto clínico negativo de esta medición. Sólo debería reservarse para los pacientes durante la valoración de nueva medicación o durante períodos de cambios en la dieta y rutinas de ejercicio.

2. **No realices controles generales de salud de rutina en adultos asintomáticos.**

Los controles generales de salud de rutina son las visitas al consultorio para asesoramiento preventivo y pruebas de detección.

En contraste con las visitas por situaciones agudas, estrategias preventivas específicas basadas en la evidencia, o manejo de cuidados crónicos tales



como el tratamiento de la HTA, los controles de salud generales, sin una causa específica que incluye la visita anual! NO ha demostrado ser eficaz en la reducción de la morbilidad, mortalidad u hospitalización, mientras que puede crear un potencial daño de pruebas innecesarias.

### **3. No realices pruebas pre-operatorias de rutina quirúrgicas de bajo riesgo.**

En toda evaluación prequirúrgica se incluye una historia dirigida de manera adecuada y suficientemente completa y un examen físico, en algunos casos, incluye un laboratorio adecuado y otras pruebas para ayudar al manejo directo y evalúa el riesgo quirúrgico.

Sin embargo, en procedimientos quirúrgicos de bajo riesgo (cx de cataratas) da lugar a retrasos innecesarios y deben ser eliminados.

### **4. No recomendar el rastreo de cáncer en adultos con una esperanza de vida de menos de 10 años.**

Hay más daños que beneficios. Son más susceptibles a complicaciones de estudios y tratamientos.

### **5. No colocar, o dejar en su lugar, catéteres centrales de inserción periférica en pacientes por conveniencia.**

Se asocian comúnmente a bacteriemia y tromboembolismo venoso (TEV). Dadas las consecuencias clínicas, su uso debe limitarse a: ATB por vía iv a largo plazo, nutrición parenteral, quimioterapia y extraer sangre con frecuencia y deberán retirarse rápidamente.

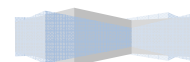
<http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/society-of-general-internal-medicine/>

---

## **Ocho máximas de un viejo médico de familia**

Publicado el 5 de agosto 2015

1) Un nuevo tratamiento RARA VEZ ES MUCHO MEJOR que lo que ya tenemos.



- 2) Pedí un estudio sólo si el resultado puede llegar a cambiar lo que harías.
  - 3) A menos que la condición sea de vida o muerte, siempre comenzá con dosis bajas.
  - 4) No se puede hacer que un paciente asintomático se sienta mejor.
  - 5) Cuando el riesgo inicial es bajo, reducir el riesgo raramente equivale a ganancias significativas.
  - 6) Casi nunca se puede reducir el riesgo a cero.
  - 7) La actividad física, la nutrición y no fumar son casi siempre más eficaces que cualquier tratamiento que podamos ofrecer.
  - 8) Todos morimos al final.
- 

## **El miedo a morir**

Publicado el 9 de agosto 2015

Cuanto más aprendemos sobre el problema: “demasiada medicina” y a lo que nos está llevando, más difícil parece imaginar soluciones eficaces.

Ir marcha atrás con estudios y tratamientos innecesarios requerirá una serie de reformas a través de la investigación médica, la educación y la regulación. Pero para que estas reformas se puedan concretar, es posible que tengamos que cultivar un cambio fundamental en nuestra forma de pensar acerca de los límites de la medicina.

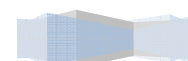
En todo esto yace la fantasía peligrosa que *la tecnología médica nos puede librar de las realidades de la incertidumbre, el envejecimiento y la muerte.*

### **Ahora somos todos enfermitos...**

Cada vez más y más evidencia muestra que cuando se trata del cuidado de la salud, no hay techo en pedir estudios y realizar tratamientos innecesarios.

En el Reino Unido, un grupo de experimentados médicos en atención primaria hacen un llamado a los médicos para reducir todas las situaciones en que se despilfarra dinero en cosas innecesarias (1).

No sólo es un problema de uso excesivo, estamos creando más problemas con el "sobrediagnóstico" etiquetando cada vez más personas sanas con enfermedades que nunca van a hacerles daño.



Los rastreos dirigidos a la salud pueden detectar cánceres potencialmente mortales y extender vidas.

Pero también pueden encontrar muchas anomalías tempranas que luego son tratados como cánceres, a pesar de que nunca habrían causado a nadie ningún síntoma si no se detectan.

Los altibajos comunes de nuestra vida sexual a menudo son re-etiquetados como “disfunciones”. ¡Las personas mayores siempre serán blanco de ser nuevos enfermos!

Seguramente tendrán colesterol alto, o función renal disminuída u osteopenia para lo cual habrá una indicación médica que no cambie en nada su pronóstico pero que lo haga sentir un poco más enfermo por tomar nuevos medicamentos y hacerse nuevos controles.

Al expandir definiciones de enfermedades y reducir los umbrales en los que se realizan diagnósticos se enriquecen centros diagnósticos que precisan más tecnología en pos de un beneficio dudoso a millones de personas (a partir de ahora pacientes).

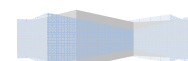
Lo que está impulsando todo este exceso es una combinación tóxica de buenas intenciones, ilusiones e intereses creados alimentados por tecnología diagnóstica sofisticada que a menudo ofrece la ilusión de más certeza sobre las causas de nuestro sufrimiento.

Es como si estuviéramos en busca de soluciones técnicas para la realidad fundamental de la existencia humana: La incertidumbre, el envejecimiento y la muerte.

### **Cambios fundamentales en el pensamiento**

De hecho, se ha sugerido que es la intolerancia a la incertidumbre, uno de los motores más importantes del exceso médico.

Los médicos solicitan cada vez más pruebas para tener más certeza, a menudo en vano, de estar seguros de lo que ya están viendo, hacer más real la realidad. Pero la enfermedad y los riesgos y beneficios de su tratamiento



están inevitablemente cargados de incertidumbre porque estamos tratando de aplicar conocimientos derivados de poblaciones a individuos únicos.

En términos más generales, la incertidumbre es la base de toda creatividad científica, libertad intelectual y resistencia política. Los médicos debemos nutrirnos de la incertidumbre, y dejar que nos enseñe. En lugar de eso le tememos.

No importa lo mucho que los fabricantes de medicamentos traten de hacernos sentir que hay medicamentos que hay que indicar sólo por ser ancianos.

El envejecimiento no es una enfermedad. Las definiciones de enfermedad que equiparan "normal" con ser joven son fundamentalmente defectuosas y requieren una urgente revisión.

Los médicos que definen la osteoporosis, por ejemplo, decidieron arbitrariamente que los huesos de una mujer joven son el patrón "normal" y así clasificar automáticamente a millones de mujeres mayores como "enfermas". Del mismo modo, los que definen "enfermedad renal crónica" han clasificado los cambios normales de la función renal como algo anormal.

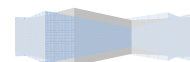
Preparate para la inminente llegada de la pre-demencia, el último intento de medicalizar el proceso de envejecimiento.

En todos los casos, *las personas que escriben estas definiciones tienen vínculos con las empresas farmacéuticas* lo que refuerza la necesidad de una mayor independencia entre médicos e industrias.

Todo el mundo tiene que morir y todo el mundo (pacientes y médicos) tenemos más o menos miedo de morir. De manera tal que a menudo recurrimos a métodos biotecnológicos en lugar de prestar *verdadera atención al cuidado de los moribundos* (que sí *es un objetivo fundamental de la medicina*).

Lo que tendemos a olvidar es que la medicina no puede salvar vidas, sólo puede posponer la muerte. Sin embargo, nos persuadimos de que de alguna manera podría seguir extendiendo nuestras vidas, y llegamos a ver casi cada muerte como un fracaso de la medicina.

Los médicos continúan con los tratamientos para el bien morir después de que éstos se han convertido obviamente en inútiles, a menudo con el apoyo





de los pacientes o sus familias. Sólo son posibles conversaciones profundas, difíciles y necesarias sobre la muerte y el morir en un contexto de confianza, que se vuelve cada vez más difícil, ya que los sistemas de salud son cada vez más fragmentados.

Sin embargo, hay muchos signos positivos de cambio dentro de la medicina. La campaña Choosing Wisely (Elegir sabiamente) es ahora un movimiento internacional para tratar el exceso de estudios y medicación.

Un nuevo enfoque llamado *toma de decisiones compartida* promueve conversaciones mucho más honestas entre médicos y pacientes donde se transparentan la incertidumbre: los beneficios y los daños, en lugar de generar falsas esperanzas. Otro nuevo enfoque es la aparición del sobrediagnóstico para proteger a las personas de las etiquetas médicas innecesarias y estudios y tratamientos innecesarios.

Tal vez todos estos nuevos movimientos restablezcan la confianza entre médico y paciente, ayudando a reducir el miedo y abrazar la incertidumbre, y poner fin a la pretensión de que la medicina puede curar el envejecimiento e incluso la muerte. La ciencia biomédica ha hecho nuestras vidas inmensamente mejores, pero es el momento de aceptar que demasiada medicina puede ser tan perjudicial como demasiado poco.

(1) <http://www.aomrc.org.uk/dmdocuments/Promoting%20value%20FINAL.pdf>

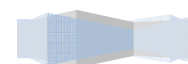
---

## La salud en franco deterioro

Publicado el 19 de agosto 2015

En gran parte del mundo occidental, la expansión del sistema médico ha llevado realmente a la gente a sentirse menos saludable.

Un estudio (1) analiza varios conjuntos de grandes datos: Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE) una organización de países de América y Europa, que aceptan los principios de la democracia representativa y la economía de libre mercado, indicadores de Desarrollo Mundial, Encuesta Mundial de Valores y el Estudio de los valores europeos.



Con estos datos se examinaron los cambios en cómo las personas calificaron su salud entre 1981 y 2007 en comparación con la expansión de médicos en 28 países que son miembros de la OCDE.

Durante esos años, la industria médica se expandió dramáticamente en muchos de esos países, cabría esperar entonces que esto llevaría a las personas a sentirse más saludables.

Pero eso no es lo que se encontró.

El acceso a más cantidad de medicamentos y atención médica en realidad no mejoró nuestra salud subjetiva. Por ejemplo, en los Estados Unidos, el porcentaje de estadounidenses que informaron muy buena salud se redujo de 39% a 28% desde 1982 hasta 2006.

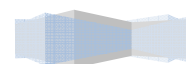
Un "análisis contrafactual" utilizando los datos para ver qué hubiera pasado si la industria médica no se hubiese expandido en absoluto en estos países desde 1982, mostró que, otros factores que están generalmente vinculados a la mejora la salud, tales como el desarrollo económico, quedaron sin cambios. Parece contradictorio, pero eso es lo que muestra la evidencia: LA MEDICINA NO CONDUCE A LOS CIUDADANOS A SENTIRSE MEJOR ACERCA DE SU SALUD.

Los autores miden 3 tipos de expansión médica. Uno de ellos fue la inversión médica, que incluye el gasto en salud per cápita y el empleo total en salud; profesionalización y especialización médica, que incluye el número de médicos en ejercicio y especialistas; y ampliado la industria farmacéutica, que incluye ventas de productos farmacéuticos por habitante.

Las personas involucradas en este estudio calificaron su salud en una escala de cinco puntos desde 1 (muy mala) a 5 (muy buena).

El estudio, tomó en cuenta una variedad de factores, que no sean la expansión médica y que pueden estar relacionados con la salud. Se incluyeron variables como el desarrollo económico y la esperanza de vida al nacer. También se incluyeron variables a nivel individual, como si la gente se casaba, sus niveles de educación y sus ingresos.

Incluso después de tener en cuenta todos estos factores, la expansión médica se asoció con una salud subjetiva peor con el tiempo.



Todas las mejoras que podríamos esperar ver en la salud subjetiva a medida que las economías crecen y los ciudadanos se vuelven más ricos parece estar compensado por la expansión médica.

Hay varias razones por las cuales la expansión médica en realidad puede llevar a las personas a sentirse menos saludable.

Por un lado, se crean más enfermedades lo que aumenta el riesgo de ser diagnosticado con "nuevas" enfermedades.

El artículo cita algunos ejemplos:

- Aumentaron los diagnósticos de trastorno de déficit de atención e hiperactividad, depresión y autismo.
- El rastreo es más agresivo.
- El sobrediagnóstico puede potencialmente causar daño a las personas perfectamente sanas.

(1) <http://www.sciencedaily.com/releases/2015/03/150319104222.htm>

---

## **El médico de familia conviviendo con el sobrediagnóstico, los falsos positivos y el sobretratamiento.**

Publicado el 1 de septiembre 2015

Una TAC de tórax puede mostrar una imagen como F (+) de cáncer de pulmón pero el paciente no tiene cáncer de pulmón.

o

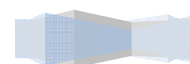
Mostrar una imagen que histológicamente corresponde a un cáncer de pulmón pero el mismo no se desarrollará como tal (sobrediagnóstico).

\* Un falso positivo es cuando se llama a algo una enfermedad que no es realmente una enfermedad.

\* Un falso positivo es una limitación de la prueba, mientras que el sobrediagnóstico es una "sobredetección" de la prueba.

\* El sobrediagnóstico, se produce al bajar el punto de corte de lo que se considera enfermedad.

\* Ambas conducen a sobremedicalización. La distinción entre sobrediagnóstico y sobretratamiento es falsa. Uno lleva a la otra.



\* En medicina, hemos aprendido a demostrar que alguien está sano en lugar de demostrar que está enfermo. "Es mejor que 10 personas que no se van a perjudicar de una situación que no los va a dañar se sobretraten con posibles consecuencias por el mismo a que una persona sea subtratada y perjudicada por no tratarse."

\* La cultura del litigio, forma parte de esta cantidad de estudios y pedidos que hacemos pero, ¿no será que nuestra cultura médica impulsa la cultura del litigio? ¿Cuál habrá sido primero, el huevo o la gallina?

\* Es muy difícil enseñar la cultura del "no pedir".

\* Algunas personas dirán que necesitamos más precisión en la medicina. ¡Correcto! Pero esto podría venir en 10 o en 200 años. Mientras tanto, ¡habrá que no mutilar a más personas!

\* Dejar que el paciente tome su propia decisión está estudiándose y parece atractivo, pero no sabemos si las probabilidades que les ofrecemos a los pacientes son correctas. Un problema podría ocurrir si el paciente dice: "...Si me hubieran dicho que el riesgo era del 6%, me hubiera hecho el test o el procedimiento, pero me dijeron que era 2%, cuando en realidad fue del 6%..." El mensaje que los pacientes deben recibir es que existe la posibilidad de que esta prueba dará lugar a que usted esté recibiendo tratamiento sin ningún beneficio.

---

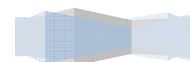
## **El mito del parto hospitalario.**

Publicado el 12 de septiembre 2015

La historia me la contó Josefa. Hace algunos años: "...mire Doctor, yo vivía en el campo y cuando iba a tener a mis hijos me encerraba en mi habitación y ya sabía que tenía que tener a mano para cuando naciera mi hijo. Así tuvo 4 sin ningún problema..."

La primera vez que la escuché me quedé asombrado y tuve que recurrir a la literatura para saber porque medicalizamos todo o si vale la pena tal justificación.

Fijate lo que dicen las guías inglesas de NICE (1).



Las mujeres con embarazos de bajo riesgo en lugares de alta tecnología, harán partos con mayores intervenciones (aumento en el número de nacimientos por cesárea y fórceps y complicaciones postnatales).

Si bien esta frase nunca ha aparecido en un diario británico. Es exactamente lo que ha sucedido en Inglaterra desde la década de 1960 en adelante. En 1970, el informe Peel recomendaba que todos los partos fuesen en el hospital.

Pero nunca hubo evidencia fehaciente que el nacimiento en el hospital fuese más seguro: era sólo una suposición masiva, impulsado por los avances obstétricos.

Antes de ese informe había más mortalidad infantil y materna pero desde el 70 las mismas ya habían disminuido (debido a mejores procedimientos médicos, pero también mejoró la desnutrición y el hecho de que las mujeres tienen menos hijos).

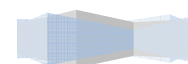
Mucho más visible fue la rápida expansión de las investigaciones y los tratamientos obstétricos disponibles: monitoreo fetal durante el parto, ecografía, anestesia epidural, etc. El tratamiento de todas las mujeres, incluso las de bajo riesgo, llevó a que el número de partos complicados: cesáreas, fórceps, ventosas, aumentara dramáticamente, y muchas madres que podrían haber tenido nacimientos sencillos llegaron a tener una dramática intervención de emergencia para conseguir un parto seguro.

Realizar un trabajo de parto en un entorno de menos estrés, puede promover a no necesitar ninguna de esas intervenciones.

El NICE publicó guías que intentan revertir efectivamente una generación con una idea errónea acerca del nacimiento.

La verdad, es que existen riesgos para cualquier nacimiento, donde quiera que se lleve a cabo, pero en un entorno altamente médico, se promoverán más intervenciones innecesarias que incrementarán los riesgos y este efecto no ocurrirá en la mayoría de las mujeres que desean un parto en sus casas, donde los niveles de estrés son menores y el proceso natural de las funciones de nacimiento mejores.

(1) <http://www.nice.org.uk/.../cg190-intrapartum-care-surveillanc...>



## **¡Cuando el problema es hacer indicaciones demás!**

Publicado el 1 de octubre 2015

Está claro que las deficiencias de vitaminas pueden conducir a enfermedades importantes.

En general la respuesta médica a esto ha sido indicar megadosis de vitaminas.

No hay evidencia de que esto hace algo, y algunas vitaminas en realidad pueden hacer daño si se consumen en exceso.

Por otra parte lo que a menudo sucede es que el cuerpo no puede utilizar vitaminas adicionales, y simplemente se deshace de ellas.

La verdad es que las megadosis de vitaminas en su mayoría sólo crean orinas caras.

Demasiadas calorías son malas para nosotros. Eso no significa que debemos consumir ninguna. Demasiado poco ejercicio puede conducir a malos resultados. Eso no significa que hay que hacer ejercicio hasta el punto de producir daño. El exceso de sol puede causar cáncer. Eso no significa que no debemos salir a la calle.

Es un cliché pero es verdad: en tantas cosas la moderación es nuestra mejor conducta. Es hora de reconocer que nuestras recomendaciones pueden ir demasiado lejos.

---

## **¡Ya viene! ¡Ya se acerca! El mito de tomar agua...**

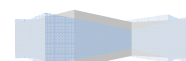
Publicado el 2 de octubre 2015

Cada vez que se aproxima el clima cálido nos inundan de informes y propagandas advirtiendo que la deshidratación es peligrosa.

Trabajar el temor de que los adultos sanos y niños es una de las misiones de la que venimos haciéndonos cargo con sutil destreza

Ya en el 2007 el BMJ (1) sacó una serie de mitos médicos. El primer mito es que la gente debía beber al menos 8 vasos de agua al día.

Muchas personas creen que el origen de este mito fue una recomendación de 1945 de Alimentación y Nutrición que decía que las personas necesitan



alrededor de 2,5 litros de agua/día. Pero ignoraron la frase que seguía: "La mayor parte de esta cantidad está contenida en los alimentos preparados." El agua está presente en frutas y verduras y por supuesto todas las bebidas, incluso el café!

Alguien puede decir NO, el café deshidrata. Eso tampoco es cierto.

Tampoco hay que preocuparse mucho acerca de sentir sed.

El cuerpo humano está finamente sintonizado para sentir tomar líquido antes de que uno se deshidrate.

No hay ninguna prueba científica real de que, para las personas sanas, beber más agua tiene beneficios para la salud. Por ejemplo, las revisiones no han logrado encontrar que no hay evidencia de que beber más agua mantiene la piel hidratada y hace que se vea más saludable o no se formen arrugas. Es cierto que algunos estudios de cohortes retrospectivos han encontrado que beber más agua estuvo asociado con mejores resultados, pero estos están sujetos a los problemas epidemiológicos habituales, tales como la incapacidad de probar la causalidad. Por otra parte, definieron "alto" consumo de agua a un número mucho menor de ocho vasos.

Los estudios prospectivos NO encuentran beneficios en la función renal o mortalidad por cualquier causa en personas sanas al aumentar su ingesta de líquidos.

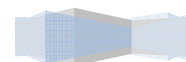
Los ensayos controlados aleatorios no encontraron beneficios, excepto en la prevención de la recurrencia de algunos tipos de cálculos renales.

La deshidratación real (pérdida significativa de agua), por enfermedad, ejercicio o sudoración excesiva, o incapacidad para beber, es un problema grave.

Pero las personas con deshidratación clínica casi siempre tienen síntomas de algún tipo.

Anunciantes e informes periodísticos tratan de convencer de lo contrario. Las ventas de agua embotellada sigue aumentando.

Un estudio reciente (2) utilizó datos de la Encuesta Americana de Salud y Nutrición 2009-2012 en 4134 niños de 6 a 19 años. Calcularon su osmolaridad urinaria media. Encontraron que más de la mitad de los niños tenían una osmolaridad en orina de 800 mOsm/kg o más (utilizado como



punto de corte). También encontraron que los niños que bebían 8 vasos o más de agua/día tenían, en promedio, una osmolalidad urinaria unos 8 mOsm menos que los que no lo hicieron.

Es posible que haya niños que necesiten estar mejor hidratados. Pero de ninguna manera, estamos en riesgo de llamar a una condición sana ordinaria una enfermedad.

Nada de esto ha frenado el empuje de la marea acuosa!

No hay ninguna recomendación formal para una cantidad diaria de agua que la gente necesite.

(1) <http://www.bmj.com/content/335/7633/1288>

(2) <http://ajph.aphapublications.org/.../abs/10.../AJPH.2015.302572>

---

## **Lo atractivo que es confundir la correlación con la causa.**

Publicado el 15 de octubre 2015

La migraña es muy frecuente!

Afecta a millones de personas en todo el mundo.

El foramen oval permeable (FOP) también es común, ocurre en casi el 30% de las personas.

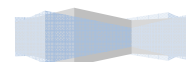
Cuando los cardiocirujanos comenzaron a cerrar quirúrgicamente el FOP, se dieron cuenta de que muchos pacientes mejoraban la migraña.

Al igual que con cualquier forma de asociación en la medicina, las teorías de una relación de causalidad salen más pronto que estudios posteriores, y los médicos empezaron a tratar la migraña cerrando el FOP (1).

Cuando nos enfrentamos a cosas así, nuestro cerebro se apresura a aseverar que la asociación representa la causalidad, y luego se desarrollan teorías de cómo el FOP podría causar migrañas.

Ahí van las explicaciones que se supusieron: Algo de la circulación derecha está recibiendo a través del FOP y esto en la circulación cerebral provocaría migrañas, tal vez microembolias, tal vez isquemia per se o cierto metabolito (!) Pero...

La migraña es episódica, no así el flujo de sangre a través de un FOP (constante).





El FOP empeora con la edad, mientras que la migraña disminuye con la edad. Muchas personas con migraña no tienen FOP y viceversa.

La verdadera prueba que definió las cosas fue un ensayo clínico controlado que NO mostró diferencias en ambos grupos.

La teoría de una conexión causal sigue viva (ese tipo de teorías son "Duro de matar"), porque son lo que todos queremos escuchar. Alguna explicación de cómo suceden las cosas y si hay una solución mejor!

Otro ejemplo de correlación se da con la tasa de suicidios elevada que coincide con los estrenos de las películas de Tom Cruise! Pero el actor sigue filmando!

(1) <http://www.americanheadachesociety.org/asse.../1/7/Schwedt.pdf>

---

## **No indiqués medicamentos demás Parte I y II**

Publicado el 7 de noviembre 2015

Todos los médicos tenemos confianza, o al menos esperanza, que cuando damos un medicamento los beneficios serán mayores que los efectos secundarios.

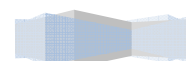
Probablemente nos sorprenderíamos al enterarnos de que la mayoría de los medicamentos no hacen nada bueno para la mayoría de las personas que los utilizan.

Eso es probablemente porque nos imaginamos una simple relación causa y efecto, como los antibióticos en una infección.

La mayoría de las enfermedades crónicas implican una compleja cadena de interacciones bioquímicas. La idea de que al tomar una droga que mejore una vía, dramáticamente cambiará el curso de la enfermedad es sólo castillos en el aire.

La medida estadística que cristaliza esta verdad incómoda es el NNT, o "número necesario para tratar" es decir, el número de personas que tienen que tomar un medicamento para que una persona se beneficie.

Hay muchos medicamentos comunes con un NNT de 50, y muy pocos fármacos con un NNT de 5 o menos que podrían justamente ser considerados



una droga espectacular: Por ejemplo, el sumatriptán para las migrañas o los corticoides para los niños con crup.

También si le digo a mi paciente que lo que le estoy dando solo funciona en el 20% de las veces me miraría como si estuviese loco.

Las estatinas tienen un NNT de 60 (60 personas tendrían que tomar estatinas durante 5 años para prevenir que una persona tenga un IAM no fatal). No evitaría la muerte por IAM.

Imaginate esta perspectiva:

Grupo control 1.000 personas no toman medicamentos .....24 IAM durante un período de 5 años,

Otro grupo recibe estatinas .....16 IAM.

Debido a que estas cifras son pequeñas, incluso diferencias relativamente menores se traducen en una diferencia que suenan impresionantes, cuando se mide como porcentaje el llamado riesgo relativo. (Es como cuando dicen rebajas del 20% pero los zapatos son carísimos!)

Las campañas publicitarias farmacéuticas dicen: "Las estatinas reducen los IAM en un 33%...".

A eso sumale que el 80% de los estudios de medicamentos publicados son financiados por la industria farmacéutica, y que alrededor del 30% de todos los estudios de drogas nunca se publican, presumiblemente en su mayoría por resultados negativos.

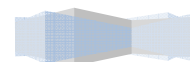
Incluso si fuéramos a tomar la investigación en sentido literal (que un determinado fármaco tiene un beneficio estadísticamente significativo cuando el NNT es, digamos, 50 o más alto) el beneficio es tan pequeño que es clínicamente insignificante.

También las fortunas se hacen a partir de tales beneficios microscópicos:

Promoviendo campañas que en vez de dirigirse a los que más lo necesitan (DBT o que tuvieron un IAM) lo publiciten para todo el mundo que tiene el colesterol un poco elevado.

Las estatinas o la dieta... ¿Qué elegís?

En los finales de 1980, las estatinas mostraban bajar el LDL-c entre un 30 y un 50%.



Por cada 50 personas que toman estatinas, 1 desarrollará DBT 2 que de otra manera no tendrían.

La estadística también nos enseñó acerca de la gravedad de los efectos secundarios de un medicamento: El "número necesario para dañar.". En este caso:

El NND para estatinas es...50

Cada 50 personas con estatinas.....1 tendrá DBT.

Sin duda que el efecto secundario más común de las estatinas es dolor y debilidad muscular y, en casos graves, rabdomiolisis. Aquí el NND es de 10!

Las estatinas dan la ilusión de protección a muchas personas pero quizás estarían mucho mejor simplemente por caminar 10 minutos extras al día.

Siempre es bueno la perspectiva de comparar

Un estudio publicado el año pasado en el NEJM encontró que la dieta mediterránea tuvo un NNT de 61:

Por cada 61 personas que siguieron la dieta, 1 no tuvo IAM, ACV o muerte.

Eso no es una gran cantidad para un medicamento, pero para una dieta sí lo es.

Si millones de personas hicieran esta dieta, una gran cantidad de personas se beneficiarían y el NND sería cero.

---

## **No indiqués medicamentos demás Parte III**

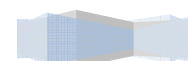
Publicado el 8 de noviembre 2015

### **Medicamentos para la HTA leve**

Casi un tercio de los adultos sufren HTA, la mayoría leve. Y la mayoría está con antihipertensivos.

El riesgo de IAM y ACV disminuye cuando bajás la TA con cambios en la dieta o el ejercicio o el manejo del estrés, al utilizar medicamentos para tratar la HTA leve obtenés el mismo nivel de reducción, pero también suceden otras cosas.

Los antihipertensivos para hipertensión leve tienen un NND (número necesario para dañar) de 12: Por cada 12 pacientes tratados, uno sufrirá efectos secundarios que, según el tipo de medicamento puede ser: Fatiga,



deshidratación, y disfunción sexual.

Hablar con los pacientes de los daños y beneficios debe ser prioritario para que sepan a qué se exponen.

---

## **No indique medicamentos demás Parte IV**

Publicado el 9 de noviembre 2015

### **Antibióticos (para infecciones respiratorias superiores)**

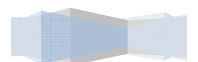
Una quinta parte de los antibióticos prescritos son para infecciones del tracto respiratorio superior. El paciente consulta al médico o a la guardia con bronquitis o sinusitis y, la mayor parte del tiempo, sale con un ATB.

Este escenario parece impermeable al hecho de que la mayoría de las infecciones son virales, no bacterianas, y que los antibióticos en estas ocasiones no sirven para nada.

Estudio tras estudio, los ATB hacen muy poco, en el mejor de los casos acortan la duración de un síntoma por ej.: tosen un día menos, y siempre con el riesgo de la resistencia ATB.

Si bien los médicos saben todo esto: lleva 20 segundos indicar un ATB y 20 minutos explicar que no lo necesitan.

---



# Prevención

---

## La falsedad de la prevención

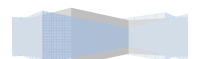
Publicada el 22 de febrero 2015



---

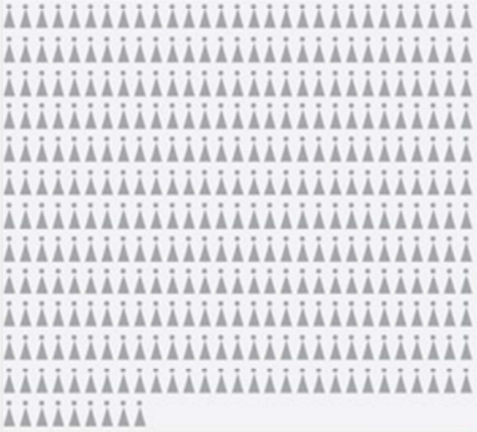
Un gráfico muy claro sobre los efectos de la Mamografía: Beneficios y sobrediagnóstico.

Publicado el 14 de Enero 2015



**Estimación de beneficios y daños al realizar una mamografía anual a 10.000 mujeres de 50 años por los próximos 10 años.**





**3568 mujeres tendrán mamografía normales en los siguientes 10 años**



**6130 tendrán al menos 1 F (+)**



**302 serán diagnosticadas como Cáncer**

- 173 sobrevivirán sin importar el rastreo** 
- 10 muertes evitadas** 
- 57 serán sobrediagnóstico** 
- 62 morirán a pesar del rastreo** 

 Equivale a 10 mujeres de 50

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2040228>

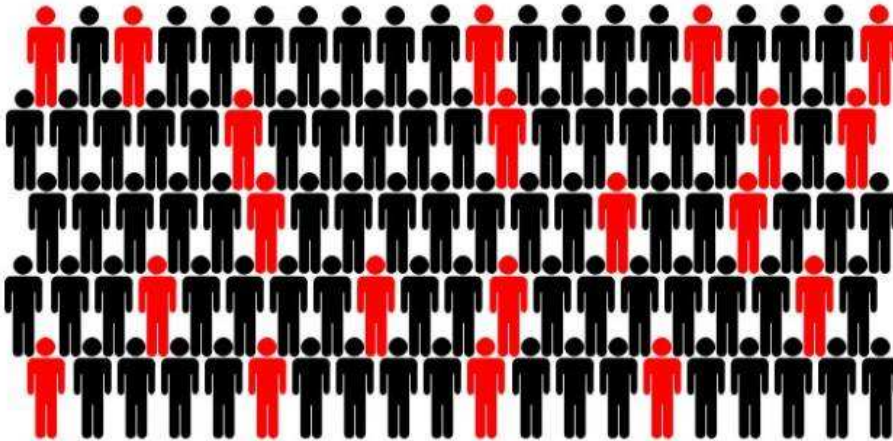
**Rastreo con Mx: Cirugías innecesarias por rastrear a 100 mujeres a lo largo de 10 años.**

Publicado el 7 de junio 2015



## Mamografía: Cirugías innecesarias

Casi 20 personas del grupo de 100 mujeres se someterán a una cirugía innecesaria.



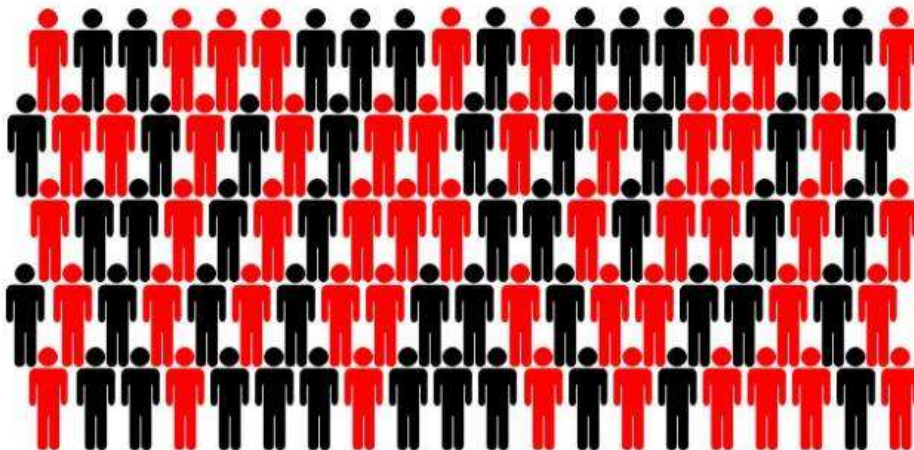
<http://www.thennt.com/nnt/screening-mammography-for-reducing-deaths/>

F (+) del rastreo con Mx a lo largo de 10 años: 50/100

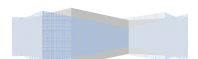
Publicado el 7 de junio 2015

## Mamografía: Falsos (+)

Al mismo grupo de 100 mujeres **50 serán F (+)** tras hacerse mamografía durante 10 años.



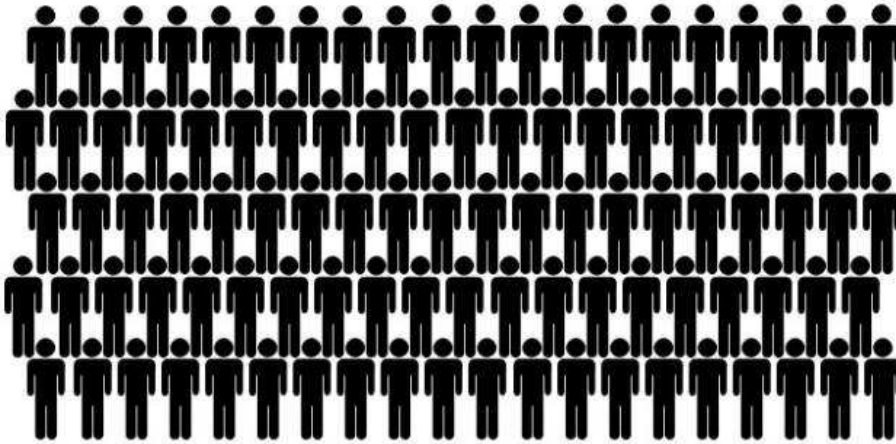
<http://www.thennt.com/.../screening-mammography-for-reducing.../>



Beneficios del rastreo con Mx a lo largo de 10 años: 0

### Mamografía: Muertes prevenidas

En un grupo de 100 mujeres asintomáticas se evitaría la muerte por ca de mama de 0 mujeres por el rastreo



<http://www.thennt.com/nnt/screening-mammography-for-reducing-deaths/>

### Sobrediagnóstico

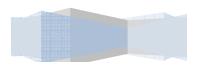
Publicado el 5 de marzo 2015

En un escenario óptimo de rastreo la frecuencia de cáncer avanzado debe caer cuando aumente la detección y el tratamiento de la enfermedad.

A pesar que en la etapa temprana (período de captación), se haya observado un gran aumento en la detección precoz de cáncer de mama (carcinoma ductal in situ y cáncer invasivo temprano), las tasas de cáncer avanzado disminuyeron sólo modestamente.

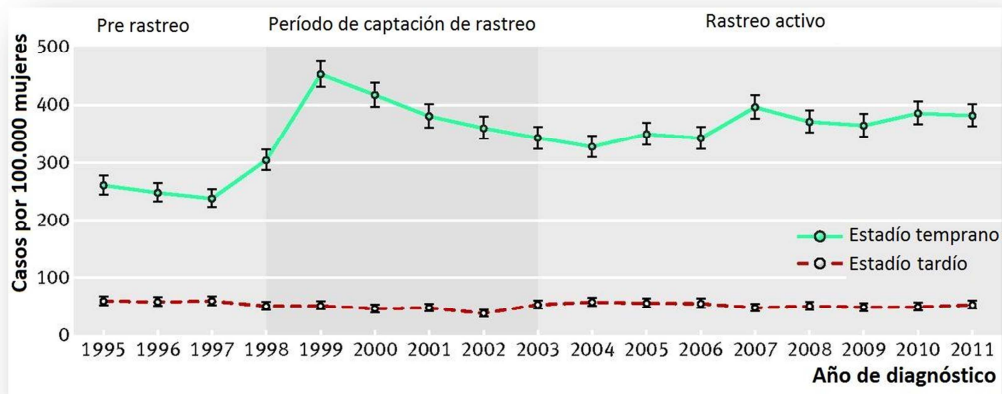
Esto sugiere fuertemente que la mamografía de rastreo detecta aquellos tumores de bajo riesgo o cánceres de mama que nunca se habrían convertido en peligroso.

En algunos países (Holanda), la ampliación del límite de edad a 75 años para el rastreo de la mamografía ha llevado a una muy pequeña disminución





esperada en el cáncer de mama avanzado, mientras que la incidencia de cáncer de mama precoz aumenta considerablemente.

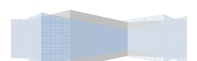


<http://www.bmj.com/content/350/bmj.h867>

## Sobrediagnóstico en cáncer de mama.

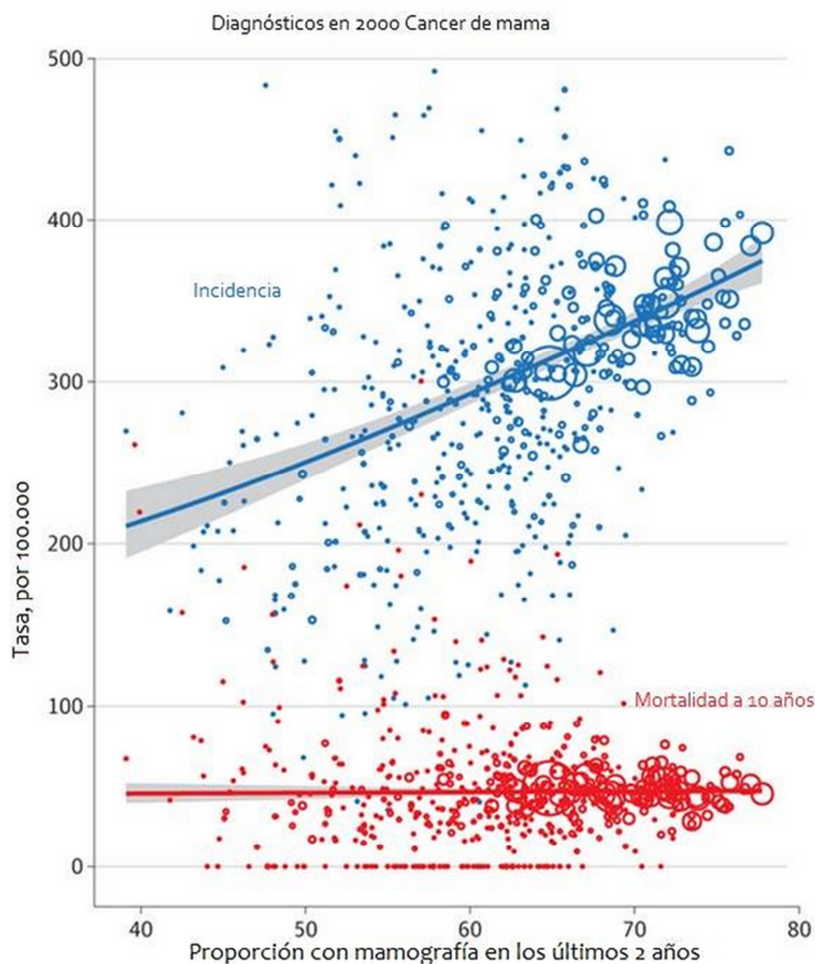
Publicado el 21 de julio 2015

El JAMA acaba de publicar un estudio por condado de Estados Unidos. Queda claro que hay una gran cantidad de nuevos diagnósticos de cáncer de mama (incidencia). A su vez no hay una declinación concomitante de la mortalidad total.



Población: Mujeres  $\geq 40$  años

• 1000 • 10 000 ○ 100 000 ○ 1 000 000



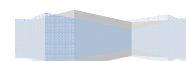
<http://ja.ma/1gdhBRr>

### CID in situ de mama

Publicado el 26 de agosto 2015

Cada año en Argentina, muchas mujeres tienen diagnóstico de carcinoma intraductal in situ (Estadío 0), y se les comunica que es un posible precursor de lo que podría ser un cáncer mortal.

Prácticamente todas terminan en una tumorectomía como en una mastectomía.



Sin embargo, acaba de aparecer en el JAMA Oncology (1) un trabajo que muestra que las pacientes en este estadio tuvieron casi la misma probabilidad de morir de cáncer de mama que las mujeres de la población general, y los pocos que murieron lo hicieron a pesar del tratamiento.

Las pacientes con diagnóstico de carcinoma ductal in situ (n= 100.000) fueron seguidas durante 20 años.

La mayoría terminaron en nodulectomías, y algunas en mastectomías.

La probabilidad de morir de cáncer de mama 20 años después del tratamiento fue de 3,3%, independientemente del tratamiento realizado. Este porcentaje es similar a las posibilidades de morir de cáncer de mama de una mujer promedio.

Los datos mostraron que algunos pacientes estaban en mayor riesgo:

- Menores de 40 años.
- Raza negra.
- Aquellas cuyas células anormales tuvieron marcadores moleculares de cánceres avanzados de peor pronóstico.

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

---

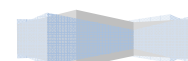
## El auto examen de mama y el examen clínico de mama en mujeres asintomáticas.

Publicado el 13 de septiembre 2015

Recomendación

Auto examen de mama —————→ **D**  
Examen clínico de mama —————→ **I**

El auto-examen o el examen clínico de mama. Dos estudios poblacionales grandes que involucran 388.535 mujeres que comparaban el autoexamen de mama con ninguna intervención (1) NO encontró un efecto beneficioso del rastreo en términos de mejora de la mortalidad por cáncer de mama. Los



ensayos mostraron que las mujeres que fueron asignadas al azar a auto-examen de mama fueron casi 2 veces más propensas a someterse a biopsias de la mama, con 3406 biopsias en el grupo rastreo vs 1856 biopsias en el grupo control.

El único ensayo basado en una gran población con examen clínico + autoexamen fue descontinuado por mal cumplimiento de seguimiento y no hay conclusiones que se pueden extraer del estudio.

Algunas mujeres continuarán con el auto-examen de mama o desearán que se les enseñe la técnica.

Sugerimos que la falta de pruebas de los dos estudios principales hace que se deba discutir con estas mujeres para que puedan tomar una decisión informada.

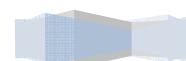
(1) [http://www.cochrane.org/.../BREASTCA\\_regular-self-examination...](http://www.cochrane.org/.../BREASTCA_regular-self-examination...)

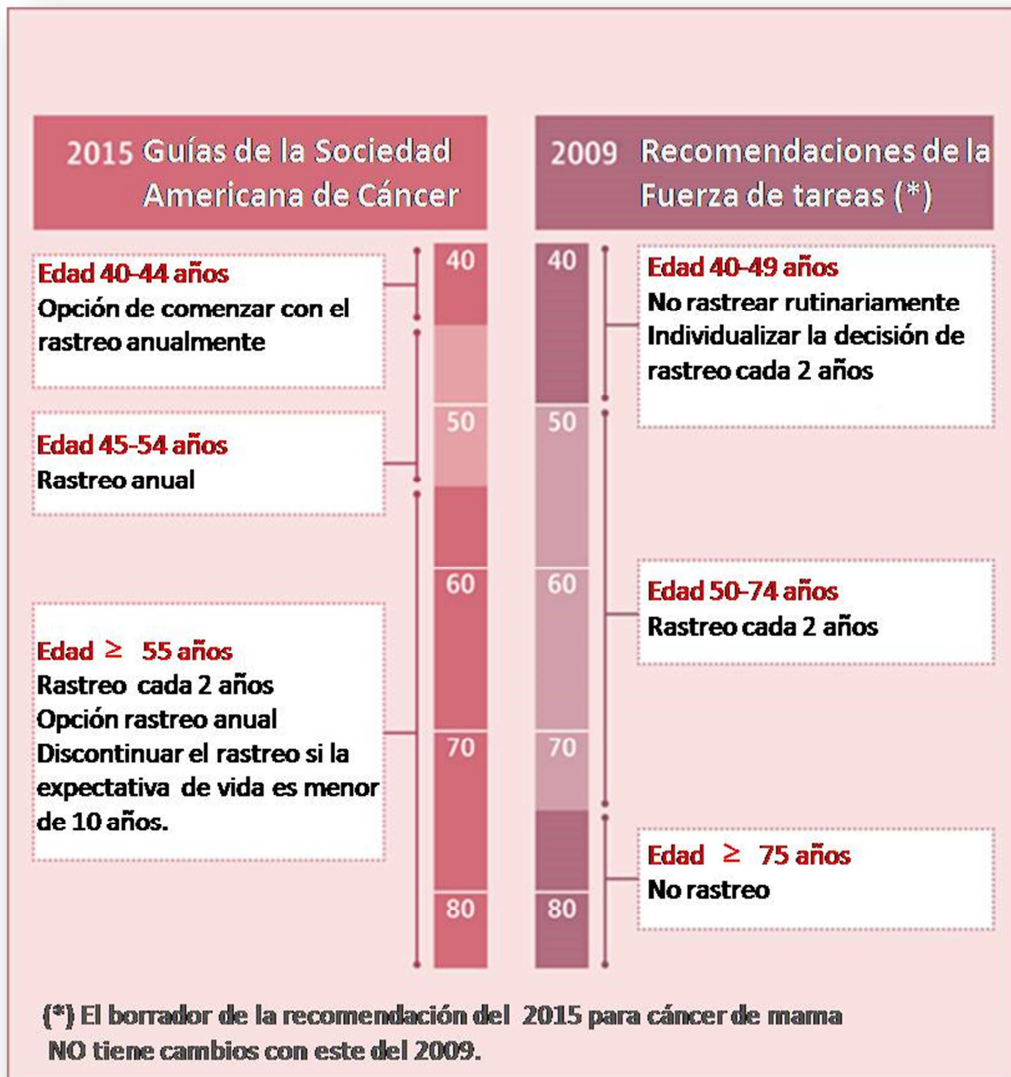
---

## **Recomendaciones rastreo de cáncer de mama**

Publicado el 21 de octubre 2015

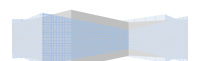
Si andás medio perdido con las recomendaciones que acaba de sacar la Sociedad Americana de Cáncer en cuanto a Mamografía, te dejamos un gráfico con lo que hacemos los que adoptamos la recomendación de la Fuerza de Tareas.

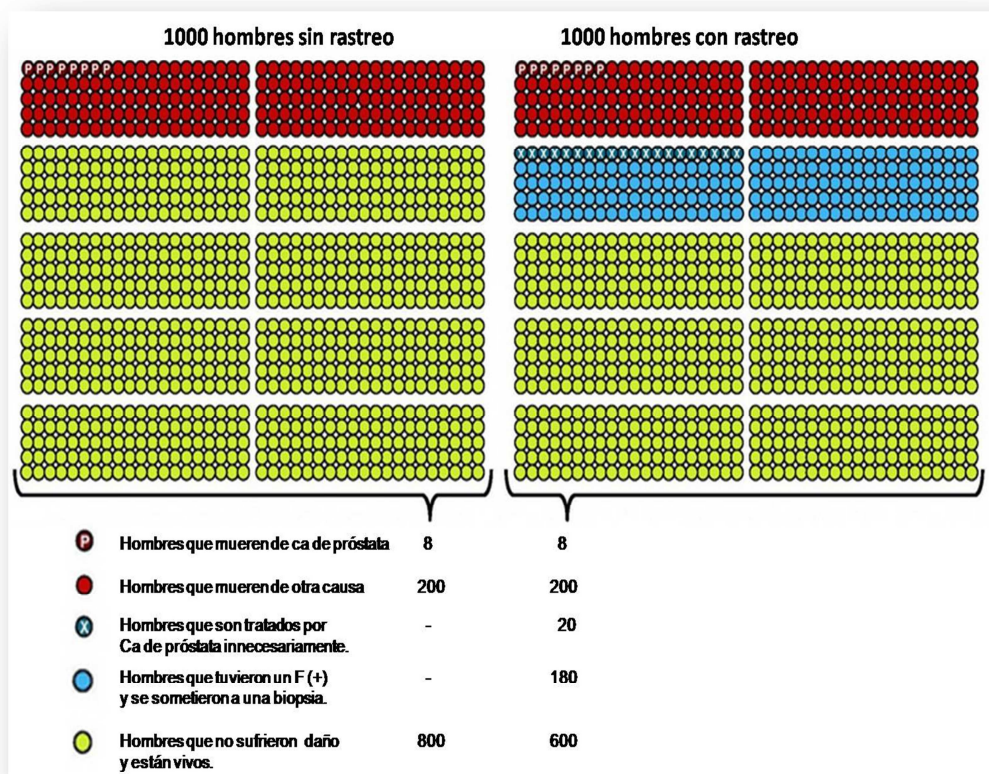




¿Qué pasaría si hacés rastreo de cáncer de próstata a 100 hombres con PSA y TR?

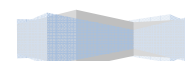
Publicado el 5 de abril 2015





## Rastreo de aneurisma de aorta abdominal: Cuándo, cómo, qué conducta.

Publicado el 10 de mayo 2015

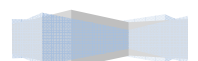


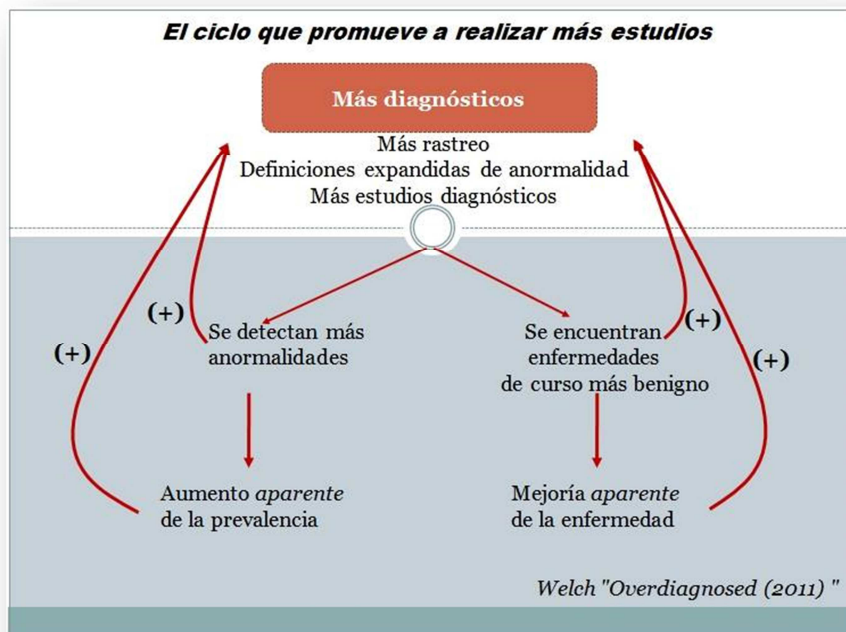
| Rastreo de Aneurisma de aorta abdominal                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Población                                                       | Hombres 65-75 que hayan fumado (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Mujeres 65-75 que hayan fumado (1) | Mujeres 65-75 que NO hayan fumado |
| Recomendación                                                   | Rastrear 1 vez con ecografía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | No recomienda                      | No recomienda                     |
| Grado                                                           | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | I                                  | D                                 |
| Test diagnóstico                                                | La ecografía abdominal es el test de elección. Tiene una sens del 94 al 100% y una esp del 98al 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                   |
| Conducta                                                        | <p>Los pacientes con grandes AAA (<math>\geq 5.5</math> cm) deben consultarse con cirugía (abierta o reparación endovascular del aneurisma).</p> <p>Los pacientes con aneurismas más pequeños (3,0 a 5,4 cm) son seguidos (por ej., eco cada 3 a 12 meses).</p> <p>La cirugía temprana abierta para el tratamiento de los AAA pequeños no reduce la mortalidad específica o general.</p> <p>Derivación quirúrgica de pequeños AAA se reserva para los de rápido crecimiento (<math>&gt; 1,0</math> cm por año) o una vez que el umbral de <math>\geq 5.5</math> cm en la ecografía repetida se alcanza.</p> <p>El tratamiento a corto plazo con <math>\beta</math>-bloqueantes no parece reducir el crecimiento de AAA.</p> |                                    |                                   |
| (1) Hayan fumado se define por 100 cigarrillos o más en su vida |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                                   |

## Pedir estudios demás: Un ciclo que nunca termina.

Publicado el 20 de mayo 2015

Ser más selectivos al pedir estudios para no hallar enfermedades que no progresarán. Este gráfico muestra el porqué de este ciclo. Del libro Overdiagnosis de Welch.

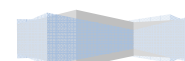




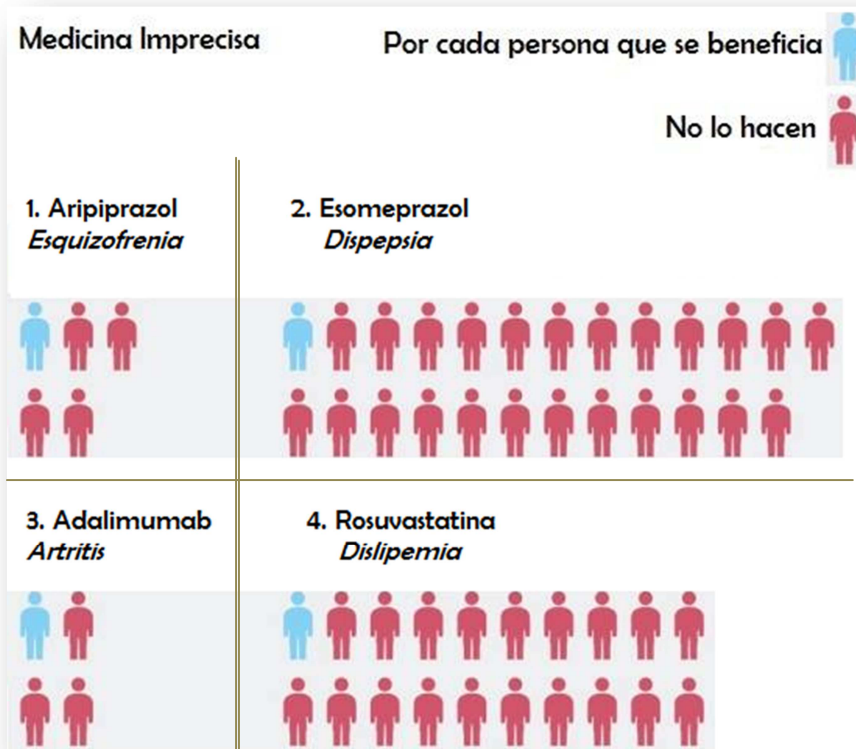

---

**Medicina imprecisa: Muchos pacientes medicados y pocos beneficiados**

Publicado el 26 de mayo 2015





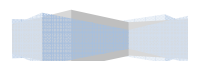


## Consecuencias de fumar

Publicado el 9 de junio

**EL CIGARRILLO MATA  
A LA MITAD DE LOS  
QUE FUMAN**

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

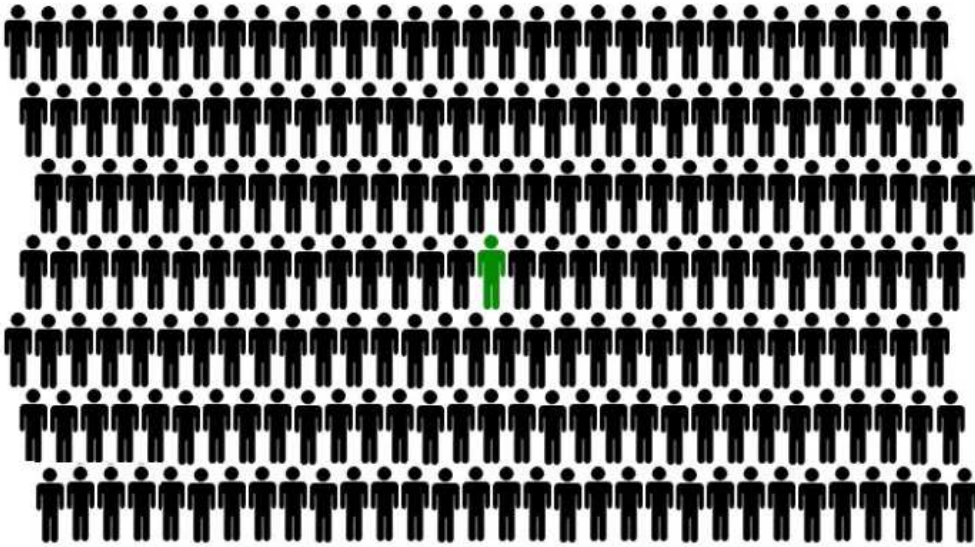


## Rastreo con TAC a tabaquistas

Publicado el 13 de junio 2015

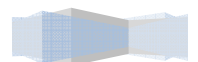
¡No hay mejor medida de prevención que dejar de fumar!

**Muertes evitadas de cáncer de pulmón con TAC**  
Si **217** fumadores de alto riesgo se realizan una TAC **1** salvará su vida por un correcto diagnóstico temprano



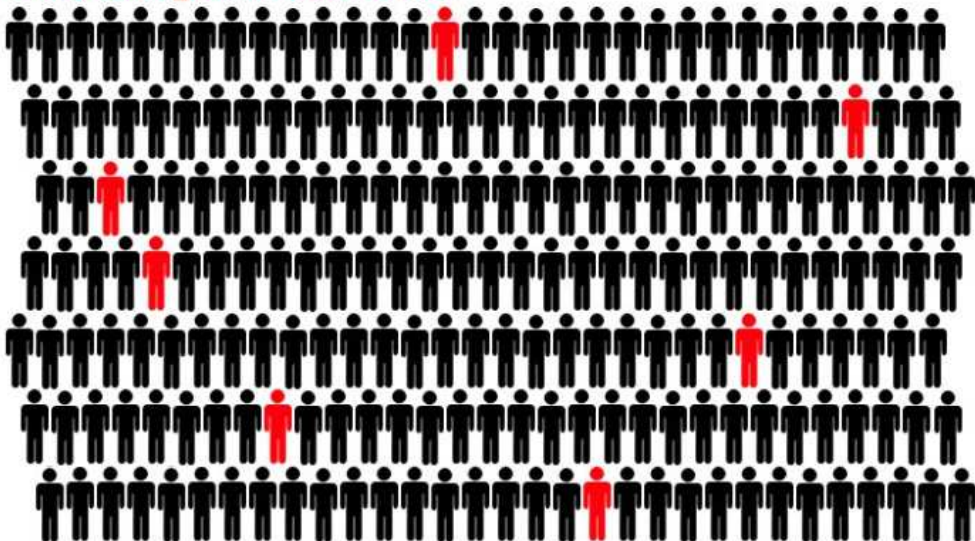
## TAC: Falsos positivos

Del grupo de 217 tabaquistas, 50 serán F (+)



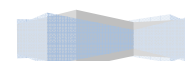
## TAC en cá de pulmón

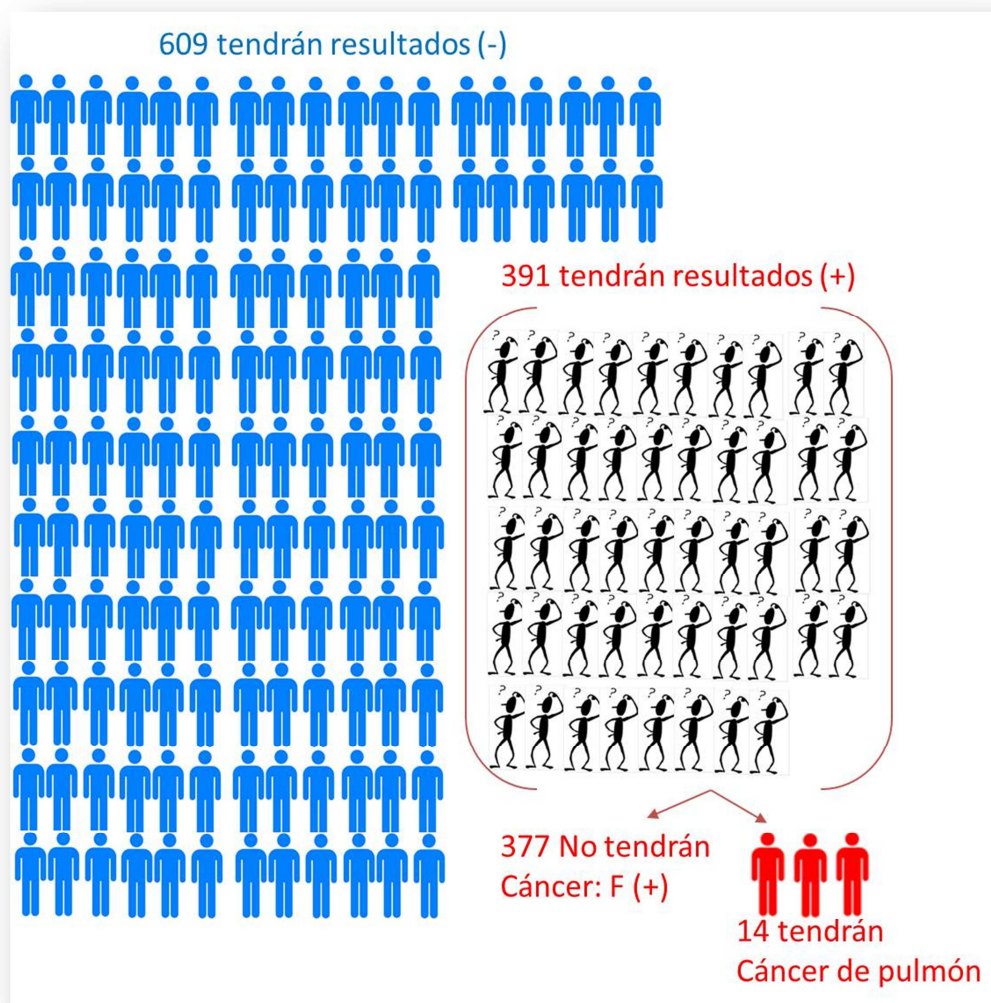
En ese grupo de 217 personas, 7 se someterán a una cirugía innecesaria



TAC de rastreo a 1000 tabaquistas.

Publicado el 2 de agosto 2015



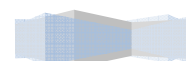


[http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1915874&utm\\_content=sidebar](http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1915874&utm_content=sidebar)  
 =  
[previous&utm\\_term=alsolike&utm\\_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=ArchivesofInternalMedicine:OnlineFirst07/27/2015](http://previous&utm_term=alsolike&utm_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm_medium=email&utm_campaign=ArchivesofInternalMedicine:OnlineFirst07/27/2015)

## El beneficio de la actividad física tiene un umbral.

Publicado el 23 de junio 2015

Las Guías del 2008 sobre actividad física recomiendan un mínimo de actividad aeróbica de 75' (intensidad vigorosa) o 150' a intensidad moderada



por semana (equivalente a 7,5 horas METs/sem) para que sea beneficiosa para la salud y sugirió beneficios adicionales haciendo más del doble de esa cantidad.

Sin embargo, el límite superior del beneficio de la longevidad o posible daño con más actividad física no está claro.

Un reciente meta-análisis intenta cuantificar ese límite (1).

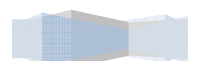
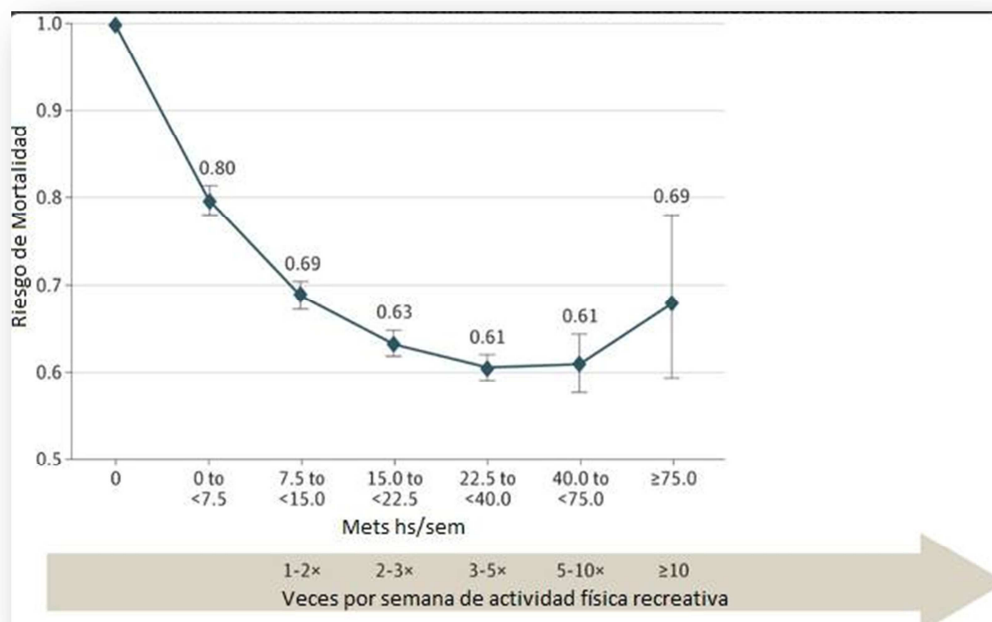
Se agruparon los datos de 6 estudios del Instituto de Cáncer basados en la población. Fueron cohortes prospectivas de Estados Unidos y Europa con actividad física autoinformada.

Un total de 661.137 hombres y mujeres (edad media, 62 años; rango, 21-98 años) fueron incluidos y 116.686 muertes.

La mediana de tiempo de seguimiento fue de 14,2 años.

Tipo de actividad física: Ocio, de intensidad moderada a vigorosa.

En comparación con los individuos que no hacen actividad física en el tiempo de ocio, se observó un riesgo de mortalidad 20% menor entre los que realizan algo menos que el mínimo recomendado de 7,5 METs horas/semana (HR, [IC 95%, 0,78-0,82] 0,80).



(1) [http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2212267&utm\\_source=TWITTER&utm\\_medium=social\\_jn&utm\\_term=163920065&utm\\_content=article\\_engagement&utm\\_campaign=article\\_alert&linkId=13300179](http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2212267&utm_source=TWITTER&utm_medium=social_jn&utm_term=163920065&utm_content=article_engagement&utm_campaign=article_alert&linkId=13300179)

---

## Estilos de vida poco saludables

Publicado el 9 de Julio 2015

Las personas que desarrollan condiciones en gran medida prevenibles como DBT II, enfermedad cardíaca, ACV, reducen su vida varias décadas.

Los estilos de vida poco saludable como: poco ejercicio, mala alimentación y tabaquismo y mortalidad puede reducir la vida útil 23 años.

Se estima que alrededor del 80% de los casos podrían prevenirse:

- manteniendo el peso controlado
- haciendo más ejercicio
- comiendo una dieta saludable
- no fumar o beber demasiado.

Para un hombre de unos 40 años, que sufre de las tres condiciones, la reducción de vida es de 23 años.

*Esto significa que un hombre de 40 años pasaría de tener una expectativa de vida de 78 años a sólo de 55 años.*

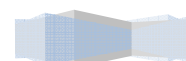
De la misma manera, alguien con 60 años podría perder 15 años, es decir, un hombre de 60 años de edad, podría restarle sólo tres años de vida.

Para las mujeres en la edad de 60 años, las estimaciones correspondientes fue una reducción de la esperanza de vida entre 13 años y 16 años.

Las cifras fueron aún más dramáticas para los pacientes a una edad más joven. A la edad de 40 años, los hombres con las tres condiciones tendrían en promedio 23 años menos de esperanza de vida; para las mujeres de la misma edad, la estimación correspondiente fue de 20 años.

El impacto es mucho mayor para los que fuman, ya que se cree que limita la vida útil 10 años.

La combinación de DBT y enfermedad cardíaca se asocia con una esperanza de vida considerablemente más baja.



Los investigadores analizaron los datos de 700.000 personas que fueron reclutados entre 1960 y 2007 y 500.000 participantes fueron reclutados entre 2006 y 2010.

De los 1,2 millones de personas estudiadas, 135.000 murieron durante el período de investigación.

Los autores del estudio utilizaron la información para estimar la reducción de la esperanza de vida asociada a diferentes condiciones como DBT, ACV, ataques cardíacos y otras enfermedades.

(1) <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2382980>

---

## **Actualización en prevención**

Publicado el 28 de Junio 2015

El mes pasado se publicó en el Annals of Internal Medicine (1), recomendaciones sobre el rastreo de alto valor para 5 cánceres comunes.

Las siguientes son las estrategias de menos frecuencia para adultos asintomáticos con riesgo promedio:

### **Cá de Mama:**

- Mujeres de 40 a 49 años: Sólo si la mujer lo solicita y después de conversar sobre los beneficios y los daños potenciales

Frecuencia: Mamografía cada 2 años

- Mujeres de 50 a 74 años: Mamografía cada 2 años.

### **Cáncer de cérvix:**

- Mujeres entre 21-29 años

Frecuencia: cada 3 años.

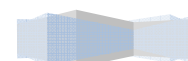
- Mujeres entre 30 a 65, Si se realiza PAP + pruebas de HPV puede hacerse cada 5 años (en lugar de la citología sola).

### **Cáncer Colorrectal:**

- Para pacientes de 50 a 75 años, una de las siguientes estrategias:

→ SOMF o Prueba de inmunofluorescencia fecal (FIT) c/año

→ Sigmoidoscopia cada 5 años



- SOMF o FIT cada 3 años + sigmoidoscopia c/5 años; o
- VCC cada 10 años.

**Cáncer de Ovario:** No se recomienda.

**Cáncer de Próstata:** Para los hombres 50-69 años de edad con una esperanza de vida de al menos una década, discutir los beneficios y riesgos del rastreo. Si los pacientes prefieren realizárselo, pedir el PSA no más de una vez cada 2-4 años.

(1) <http://annals.org/article.aspx?articleid=2294149>

---

## Vacunación antineumocócica

Publicado el 10 de Julio 2015

*S. pneumoniae* es la primera causa de neumonía, tanto en niños como en adultos.

Produce una importante carga de enfermedad, sobre todo en los extremos de la vida, por lo tanto la vacuna está indicada en niños menores de 2 años, y personas mayores de 64 años de edad. En pacientes inmunocomprometidos, independiente de la edad, la enfermedad puede ser más severa, por lo cual también está recomendada la vacuna en ese grupo de pacientes.

Actualmente disponemos en Argentina de 2 tipos de vacunas contra neumococo:

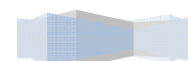
\*Vacuna polisacárica 23 valente (VPN23) (Pneumo 23 ® Sanofi Pasteur y Pneumovax 23 ® MSD)

\*Vacuna conjugada 13 valente (VCN13) (Prevenar13 ® Pfizer)

Las ventajas de la vacuna conjugada son: mayor inmunogenicidad, agregado de un serotipo adicional (6 A) y mejor respuesta de anticuerpos ante dosis subsecuentes.

La ventaja de la vacuna polisacárida es la de cobertura de mayor número de serotipos.

Según estudios realizados en nuestro país, la cobertura de serotipos de neumococo es de 90% para la VPN23 y de 75% para la VCN13 (estudiado





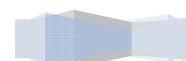
según 400 serotipos aislados en enfermedad invasiva en personas mayores de 15 años).

Hasta hace muy poco tiempo, la vacuna utilizada en adultos, era invariablemente la vacuna polisacárida, a diferencia de la población pediátrica, en la cual desde hace años se indica la vacuna conjugada, ya que está claramente demostrada su superioridad frente a la polisacárida.

En el 2013 la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó la VCN13, para su uso en adultos mayores de 50 años. La aprobación de la vacuna para este grupo etario está basada en estudios de inmunogenicidad y seguridad. Recientemente el estudio CAPITA ha demostrado su efectividad contra placebo en cuanto a prevención de neumonía bacteriémica y no bacteriémica y enfermedad invasiva por neumococo. Si se decide utilizar esta vacuna en este grupo etario, el esquema que induce mayor cantidad de anticuerpos opsonofagacíticos es:

1 dosis de VCN13 y luego de un intervalo  $\geq$  6-12 meses 1 dosis de VPN23.

En el caso de haber recibido alguna dosis de VPN23 el intervalo para recibir la VCN13 debería ser de un año.



#### Indicaciones de vacunación según población de riesgo

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

\* Inmunocomprometidos y con factores de riesgo:

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

+ Comorbilidades

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

---

## ¡No al Eco doppler carotideo! ¿Por qué?

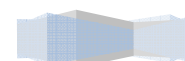
Publicado el 27 de julio 2015

La Fuerza de Tareas Preventivas de Estados Unidos tiene una recomendación **D** para realizar este estudio en pacientes asintomáticos.

### ¿Por qué?

Sólo el 1% de la población general tiene una estenosis carotidea significativa. Menos del 10% de los ACVs que se dan por primera vez se asocian con estas estenosis.

Además, aproximadamente 8 de cada 100 ecos producen un falso positivo indicando la presencia de una estenosis significativa cuando no la hay. Los



F(+) conducirán a nuevas pruebas innecesarias y tratamientos posiblemente innecesarios y riesgosos.

Algunas preguntas que tal vez quieras considerar antes de solicitarlo:

Si la prueba encuentra algo, ¿qué sigue?

Si no es así, ¿me garantiza que no tendré un ACV?

Para la mayoría de la gente, siempre es mejor prevención primaria. Comer sano y poco, no fumar, caminar 150'/semana.

---

## **Ni se te ocurra tocarte las carótidas!**

Publicado el 15 de octubre 2015

Tendemos a asumir que los pacientes con estenosis carotídea asintomática tienen un alto riesgo de ACV si la estenosis progresa a una oclusión total.

Para explorar esta hipótesis, investigadores canadienses (1) analizaron los datos de 3681 pacientes con enfermedad carotídea asintomática que se sometieron a una ecografía carotídea anual. Los mismos fueron extraídos de Clínicas de prevención de ACV entre los años 1990 y 2014.

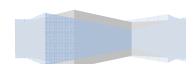
Un total de 316 pacientes (9%) desarrolló una oclusión de la carótida; de éstos, sólo 1 paciente tuvo un ACV ipsilateral en el momento de la oclusión, y 3 pacientes sufrieron ACV durante el seguimiento medio de 3 años (seguimiento máximo, 20 años) después de la oclusión.

Está bueno destacar que la mayoría de las oclusiones desarrolladas fueron antes de 2002, año en que la terapia médica se intensificó en esta cohorte.

En este estudio, los ACVs se produjeron muy raramente en pacientes con estenosis carotídea asintomática que progresaron a la oclusión total de la carótida.

Los autores comentan que el polígono de Willis por lo general mantiene el flujo sanguíneo cerebral a pesar de una oclusión carotídea uni o incluso bilateral.

Este estudio también nos recuerda que la revascularización carotídea en pacientes con estenosis asintomática se ha convertido en polémica. Aunque los ensayos aleatorios de 1995 (JAMA 1995; 273: 1.421) y 2004 (Lancet 2004; 363: 1,491) sugirieron que la endarterectomía daba un pequeño



beneficio neto en pacientes con estenosis carotídea asintomática, ahora tenemos evidencia indirecta de que el tratamiento médico podría ser preferible a la intervención invasiva.

Actualmente hay un ensayo aleatorio en curso (CREST-2). En él los investigadores están comparando revascularización + tratamiento médico intensivo contra tratamiento médico intensivo aislado.

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

---

## **El dosaje de la vitamina D**

Publicado el 28 de julio 2015

Nosotros los médicos de Atención primaria, sufrimos bastante las "modas" de los especialistas.

Hace ya tiempo que muchos pacientes vienen con estudios que les pidió un especialista y entre ellos comenzó a aparecer el dosaje de vitamina D.

Durante la última década, un aluvión de informes vinculan los niveles bajos de vitamina D con cáncer, enfermedades cardíacas, DBT y una serie de otros males que llevaron a muchos médicos a pedir dosaje rutinario de niveles de vitamina D en pacientes sanos.

**NO EXISTE RAZÓN PARA ESTO!**

La Fuerza de Tareas Preventivas (USPSTF) publicó una recomendación **D** (no es útil).

Incluso si tu paciente tiene niveles bajos de vitamina D hay poca evidencia para tomar suplementos de vitamina D.

¡Eso no le va a hacer nada a alguien!

---

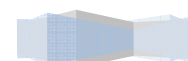
## **¿Me trata el colesterol?**

Publicado el 31 de julio 2015

¿Cuántas veces estás en esta disyuntiva?

Uno se plantea, para qué sirve tomar estatinas por muchos años en esos pacientes que no tienen mayores factores de riesgo. ¿Cuánto evito un evento coronario?

---



Mujer 62 años

Colesterol total 240 mg%,

HDL-c 45 mg%,

TA 130/80



## ¡Nos llegó carta!

Publicado el 22 de agosto 2015

Estimados médicos de FundaciónMF:

Los sigo bastante y los felicito por su desafío a replantearse la medicina, a cambiar conceptos enquistados desde hace años y desafiar el establishment!

Por eso es que me animo a escribirles.

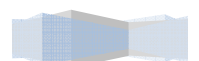
Tengo 55 años. Hace poco visité a un médico por que no escuchaba bien!

Quería que me mirara los oídos. Y al hacerlo me dijo que "...seguramente estás escuchando menos relacionado con la edad..." (Esto no lo entendí!)

Como suelen hacer los médicos, me indicó un montón de pruebas y estudios para problemas que no tienen relación con lo que le había ido a preguntar.

Fue ahí que me preguntó cuando fue mi último control de salud.

"...Hace cinco años, después de que se me saliera una hernia inguinal por jugar al fútbol, el cirujano me la quería operar diciéndome que lo haga antes de tal mes porque se iba de vacaciones, pero la verdad es que no me la quise



tocar porque no me molesta! Aparte no pude unir mi hernia con sus vacaciones!...”.

Ahora me pidió análisis colesterol, un hepatograma, hemograma, PSA para el cáncer de próstata y una videocolonoscopia agregando: “...Ya te la tendrías que haber hecho...”, me dijo con frialdad, y salió del consultorio para hablar por teléfono al tiempo que me extendía la orden.

Fue entonces que me puse a buscar. Afortunadamente amo la ciencia y todo lo que eso implica. Fui a la biblioteca de mi universidad (que es lo más completa que puede desear cualquier terráqueo) y pude hacer una búsqueda. Primero leí un informe que dice que los hombres son 47 veces más probables de realizar procedimientos médicos innecesarios, tratamientos dañinos: biopsias, cirugías, radiación, quimioterapia, por haberse realizado un PSA y que este sea positivo.

En cuanto a la detección del cáncer de colon, según algunos estudios supuestamente la colonoscopia es eficaz, un procedimiento desagradable, en el que un médico le pasa un cable con una cámara en la punta y máquinas de cortar por todo el colon.

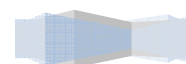
El estudio, publicado en el New England Journal of Medicine (1), incluyó a 2.602 pacientes seguidos durante un máximo de 23 años después de que tuvieran colonoscopias que terminaron en la extirpación de pólipos.

De ese grupo, murieron 12 personas de cáncer de colon, en comparación con un promedio de 25,4 personas en la población que no se hace la colonoscopia.

Lo que muchos médicos ignoran es que:

1. Ese estudio “basal” NO fue un ensayo clínico aleatorizado. El grupo que se sometió al rastreo podría haber sido más saludable para empezar que grupos no-seleccionados.
2. El estudio se centró únicamente en la muerte por cáncer de colon y no por todas las causas.

Esto me llamó la atención y encontré un excelente artículo del BMJ de octubre (2) escrito por un consultor del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, el Dr James Penston, que explica que todas las causas de muerte es una mejor medida del valor de la detección, que atribuir la causa de la



muerte específica. Esta última puede ser poco fiable ya que la detección en sí puede ser perjudicial. Los procedimientos invasivos pueden tener complicaciones fatales.

3. A su vez existe el sobrediagnóstico, es decir, identificar y tratar tumores que de otra manera no habrían causado enfermedad, o sea que ¡puedo morir por algo que nunca me hubiera causado daño!

Según Penston, un meta-análisis de 4 ensayos aleatorios con 300.000 personas encontró que los estudios para el cáncer de colon NO redujeron las tasas generales de mortalidad.

Otro análisis de datos británicos sobre el cáncer de colon lo saqué de Straight Statistics, ellos llegaron a la conclusión de que el rastreo de 1.000 pacientes durante 10 años evitaría sólo 2 muertes por la enfermedad.

Mientras tanto, las colonoscopias conducen a "complicaciones médicas graves" en 5 de cada 1.000 pacientes, de acuerdo con un informe de 2006 del Annals of Internal Medicine (3).

Teniendo en cuenta estos riesgos, mis queridos médicos de FundacionMF, pareciera que pedir rigurosamente colonoscopias en personas mayores de 50 años no es tan beneficioso y les sugeriría (humildemente) que esperen antes de seguir indicándola como lo están haciendo!

Saludos cordiales!

PD: Por si no quedó claro, No pienso hacerme la colonoscopia

FF

Profesor de Biología de la Universidad de La Plata

(1) <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1100370...>

(2) <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d6395.short...>

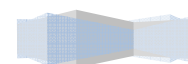
(3) <http://annals.org/article.aspx?articleid=731108>

---

## ¡Nos llegó carta! (II)

Publicado el 25 de agosto 2015

El domingo en un portal de noticias (1) se publicó una nota relacionada a hacerse "chequeos" de salud que incluyen un montón de estudios que no previenen absolutamente nada, algunos que están en duda y otros que



definitivamente dañan más que previenen.

Aquí la carta de la Dra Karin Kopitowski Jefa del Servicio de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano.

Desde la Asociación Metropolitana de Medicina Familiar (AMMF) destinamos gran parte de nuestro trabajo a estudiar qué sirve prevenir y qué no.

El diario InfoBAE publicó una nota con recomendaciones sobre qué debe incluir el chequeo de salud. Muchas de los estudios propuestos están desaconsejados para ser realizados masivamente en personas asintomáticas, no por una cuestión de costos, sino por los daños potenciales. Por otra parte, existen recomendaciones, en las cuales los beneficios superan claramente los daños, que no fueron tenidas en cuenta en dicha nota; como lo es, por ejemplo, el testeo de HIV en adultos, al menos una vez en la vida.

La prevención goza de un halo de inocuidad que no es verdadero. Buscar enfermedades puede causar más daños que beneficios (F (+) y sobrediagnóstico). Es por ese motivo que debe garantizar que lo que se encuentre reduzca el riesgo de morir o enfermar gravemente. Es decir, NO SIEMPRE MÁS ES MEJOR.

Existe numerosa bibliografía disponible, nacional e internacional, acerca de los chequeos de rutina y las prácticas preventivas recomendadas para la población general y particular.

Sugerimos leer las recomendaciones de rastreo de cáncer del Inst Nac del Cáncer de la Argentina <http://www.msal.gov.ar/inc/>.

Sugiero tomar en cuenta las recomendaciones de examen periódico de salud de la Fuerza de tareas

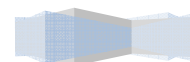
americana(USPSTF):<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/.../recommen...>

Asimismo, recomendamos el aporte de

[chequeado.com:http://chequeado.com/.../hacerse-analisis-frecuentemente.../](http://chequeado.com/.../hacerse-analisis-frecuentemente.../)

Consideramos que la nota presenta muchas inexactitudes, por lo que estamos a disposición del diario para aportar sobre este y otros temas.

Fabricar enfermos por lo que les encontramos, sin cambiarles el pronóstico, es éticamente inaceptable.





Dra. Karin Kopitowski

Jefa Servicio Medicina Familiar y Comunitaria

Hospital Italiano de Buenos Aires

(1) <http://www.infobae.com/.../1749912-que-debe-incluir-un-cheque...>

---

## Regresión a la media

Publicado el 7 y 8 de septiembre

Si tenés un paciente con la TA muy alta, mañana probablemente bajará. De igual forma que el tiempo de un velocista campeón será menor en su próxima carrera después de ganar el oro (¡aunque Usain Bolt siempre gane!).

Este comportamiento de las mediciones, se denomina regresión a la media, una medición extrema (alta o baja) variará al reiterar la medición.

Por supuesto que también se aplica a la inversa, las lecturas muy bajas de hoy serán más alta mañana (o la próxima semana o el próximo mes) así como los equipos de fútbol que siempre tienen menor puntaje y un día le ganan al puntero.

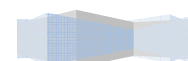
La regresión a la media implica resultados que son al menos en parte, debidos a la casualidad.

Esto también explica gran parte de los efectos positivos de la medicina alternativa.

Gran parte de los efectos descritos por la medicina alternativa pueden a menudo ser explicados simplemente como un fenómeno de regresión a la media. Cuando la verruga de Luis se cae al frotar un anillo de oro de la tía Manuela, es evidencia anecdótica basada casi enteramente en regresión a la media.

Muchos de los síntomas van y vienen de una manera aparentemente aleatoria o registrados de una manera objetiva. Por ejemplo ciertos dolores de cabeza, tienden a desaparecer sin la ayuda de ningún tipo de tratamiento en el tiempo.

La gente busca el tratamiento cuando los síntomas son particularmente graves. La regresión a la media, por lo tanto, sugiere que si los síntomas son excesivamente severos esta semana, la próxima semana deberían



ser menos graves, simplemente por las fluctuaciones aleatorias.

Si el tratamiento sólo se busca cuando estos síntomas están en su peor momento, casi siempre habrá una recuperación coincidente. Esto pasa incluso ¡SI EL TRATAMIENTO NO TIENE EFICACIA ALGUNA!.

Si un investigador les hizo a un gran grupo de personas una prueba y seleccionó aquellos en los que el rendimiento fue superior, estas personas tenderán a tener valores más bajos, en promedio, al repetir la prueba. Del mismo modo, ocurrirá si se toma la parte inferior de la población testeada. Probablemente al repetirla, tengan mejores resultados. En cualquier caso, es probable que la regresión a la media sea debido a la suerte simple y a la variación aleatoria natural de los resultados.

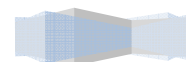
Así que en la práctica clínica, deberíamos saber que habría que repetir las pruebas en pacientes que, en una primera medición, tienen resultados muy altos o muy bajos.

Etiquetar a alguien como hipertenso equivale llevarlo a una vida más controlada y medicada.

Tenemos que estar seguros de que tratamos al paciente y no números. Especialmente en los pacientes que han tenido la TA alta o el colesterol alto registrado en un centro comercial o en una carpa después de correr. Los ensayos clínicos controlados ofrecen una alternativa importante a este fenómeno debido a que tanto la rama intervención y la rama no intervención comprenden individuos que son similares, los efectos de la regresión a la media se esparcirán en ambos grupos. Si hay diferencia significativa entre los grupos, lo más probable es que se deba a la intervención.

Los decisores en salud también pueden verse expuestos a situaciones que aparecen extremas, pero en realidad son producto de la casualidad. Un nuevo programa de prevención puede parecer tremendamente efectivo en unos meses, pero luego se desvanece cuando los buenos resultados comienzan a desviarse de nuevo hacia la media.

De la misma manera, la regresión a la media confundirá los resultados de intervenciones que buscan mejorar la situación de los pacientes con enfermedad crónica grave. Si un programa de atención se centra en



pacientes con enfermedad más severa, casi seguro que mejorarán. Sin embargo, sólo se puede válidamente concluir que su programa es excelente si un grupo control muestra una menor mejoría que el grupo de tratamiento.

---

## **Aspirina en bajas dosis**

Publicado el 18 de septiembre 2015

La USPSTF acaba de sacar un borrador (1) sobre a quién dar AAS en bajas dosis para ver qué feedback reciben, fundamentalmente de los médicos de atención primaria.

Las recomendaciones de este borrador serían:

### **Entre 50-59 años**

Para prevención de enfermedades cardiovasculares y cancer colorrectal sólo a personas:

§ con 10% o más de riesgo de enfermedad cv a 10 años.

§ que no están en mayor riesgo de sangrado.

§ que están dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina/día durante al menos 10 años y esperar vivir al menos ese tiempo.

### ***Recomendación B***

### **Entre 60-69 años**

Aquellos con más de 10% a 10 años, el riesgo de enfermedad cardiovascular podrían obtener un pequeño beneficio neto, pero debe considerarse el uso de forma individual.

### ***Recomendación C***

### **Aspirina en bajas dosis en personas menores de 50 años o en más de 69**

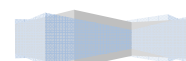
tiene

Evidencia insuficiente para recomendarla.

### ***Recomendación I***

(1) <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/.../public-comme...>

---



## Los nuevos medicamentos... Los subrogantes

Publicado el 21 de septiembre 2015

La controversia y confusión acerca de los subrogantes se han intensificado con la reciente aprobación de la FDA de la protoproteína subtilisina convertasa tipo 9 que (-) la función de la LDL-c (torcetrapib).

Aunque estos fármacos tienen un gran potencial para reducir el riesgo de coronariopatías y ACV todavía no se ha demostrado tal beneficio.

Los biomarcadores son indicadores de procesos biológicos normales, procesos patogénicos, o respuestas farmacológicas a una intervención. A pesar que los mismos puedan reflejar la influencia de una intervención (bajan el LDL-c), pueden no ser indicativos de cambios en riesgo.

Los biomarcadores sirven si se utilizan como sustitutos de cambios clínicos. Ahi son más eficientes y las intervenciones más oportunas. Porque puede ocurrir que bajen datos de laboratorio (cambios indirectos) que no se correlacionen con situaciones clínicas (que no bajen el número de IAM o ACV).

Las personas a menudo confunden la modificación farmacológica de los factores de riesgo (bajar el LDL-c) con seguridad y efectividad de una droga.

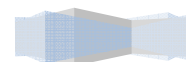
La mayoría de los medicamentos tienen el potencial para influir en una amplia gama de procesos biológicos que van más allá de un solo biomarcador o incluso un conjunto de biomarcadores.

Es cierto que hay meta-análisis de ensayos con estatinas que han demostrado una relación entre el grado de reducción del LDL-c y la reducción del riesgo.

Sin embargo, incluso siendo cierta esta relación sobre las estatinas, no se puede generalizar. Tampoco se puede concluir que cualquier medicamento que reduzca el LDL-c tenga el mismo efecto.

La literatura reciente está repleta de estudios que buscaban validar prácticas basadas en criterios indirectos y no pudieron. Algunos estudios son:

- \* Medir los niveles de glucemia en Diabetes y Enfermedad Vascular: con Preterax y Diamicron (estudio ADVANCE)
- \* Dalcetrapib en Enfermedad Coronaria Estable (DalOUTCOMES),



\* Control Cardiovascular de Riesgo en Diabetes (ACCORD),

\* Intervención en el sme metabólico con bajo HDL y triglicéridos altos (Estudio AIM-HIGH)

En cada caso, los resultados esperados por mejorar el subrogante no tuvo impacto en los puntos finales.

Pfizer determinó que Torcetrapib aumentó el HDL-c 72% y redujo el LDL 25%, pero el ensayo se terminó temprano porque la droga aumentó la mortalidad en un 58%.

La biología de los seres humanos es compleja y estamos lejos de entenderla. La biología de los sistemas complejos, nos enseña a ser humildes sobre como observamos un fenómeno emergente en la biología humana. Nos tiene que hacer reflexionar acerca de comenzar a indicar medicamentos caros con riesgos y beneficios desconocidos.

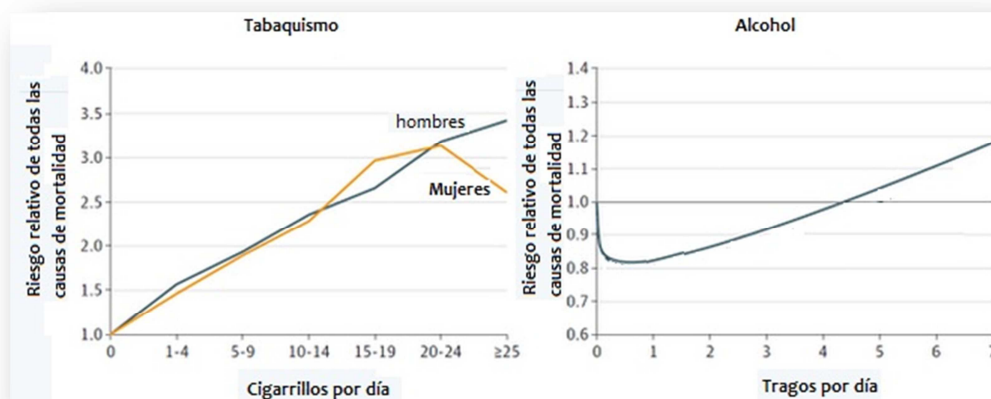
---

## El difícil arte de explicar las curvas en J

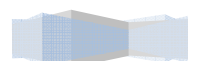
Publicado el 24 y 25 de septiembre 2015

"¿Pero no era que un par de copas es bueno para mi salud?"

Dejando a un lado el riesgo de la población, siempre aparece esta pregunta en el consultorio que es difícil de explicar (¡hasta para los médicos!).



Las estrategias de la medicina preventiva, tanto individual como poblacional basadas en lo que está demostrado ser muy exitoso para el control del tabaco pueden ser menos eficaces cuando se enfrentan a los retos epidemiológicos



y de percepción presentados por enfermedades que tengan una curva en forma de J.

3 Ejemplos del mundo real: Tres

→ Consumo de alcohol

→ índice de masa corporal (IMC), e

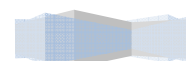
→ HTA

\* Con respecto al consumo de alcohol, un meta-análisis de 34 estudios prospectivos, con un n de más de 1 millón de personas y casi 100 000 muertes, mostró una relación en forma de J entre el consumo de alcohol y el consumo total. La mortalidad de aquellos que consumían hasta 2 tragos/día en mujeres y 4/día en hombres se asoció con una menor mortalidad que el consumo cero, con aproximadamente la mitad de bebida al día asociada con el riesgo de mortalidad más baja.

\* El IMC es una simple, aunque imperfecta, aproximación del metabolismo y la energía, por tanto, el actual estándar para la representación de peso saludable.

Un estudio prospectivo de 1,46 millones de adultos demostró una asociación en forma de J entre el IMC y la mortalidad por cualquier causa después de ajustar por posibles factores de confusión, como el tabaquismo y la ingesta de alcohol. La mortalidad por cualquier causa fue en general más baja entre las personas con IMC de 20,0 a 24,9 y superior a ambos lados de ese intervalo.

\* La presión arterial es otro factor de riesgo modificable complejo debido a sus múltiples determinantes, pero también porque es una condición comúnmente tratada. Un gran meta-análisis de 61 estudios prospectivos, incluyeron 1 millón de pacientes sin enf. cv reveló una relación lineal entre la presión arterial y el riesgo de mortalidad a partir de un nivel de TA de 115/75 mm Hg. Pero, el tratamiento puede transformar la relación lineal en una curva J. Un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 400.000 pacientes tratados con hipertensión demostró una relación en forma de J con más mortalidad cuando el descenso es importante. Aunque la evidencia de esta relación sigue siendo discutida, este estudio planteó preguntas acerca de posibles efectos negativos de los enfoques basados en la población para reducir la TA en la hipertensión generalizada.



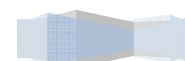
La naturaleza de nuestra intervenciones camina por un sendero muy fino donde los pacientes pueden preguntar: "... ¿Pero si bajo mucho no será perjudicial para mi salud?..." y aferrarse a esa postura para no cambiar.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2443580>

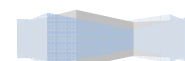
### Consejos preventivos: Todas las recomendaciones en consejos médicos de la Fuerza de Tareas Americana

Publicado el 12 de octubre 2015

|                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DIETA SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA PREVENIR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ADULTOS EN RIESGO</b>      | 2014 | Recomendación <b>B</b> :<br>La USPSTF recomienda ofrecer intervenciones intensivas de orientación conductual para promover dieta saludable y actividad física a adultos que tienen sobrepeso o son obesos CON ENF CV y factores de riesgo adicionales.                                                                                                                              |
| <b>INTERVENCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA DISMINUIR EL USO DE DROGAS ILÍCITAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES</b> | 2014 | Recomendación <b>I</b> :<br>La USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar daños y beneficios de intervenciones conductuales desde la atención primaria para prevenir o reducir el uso de drogas ilícitas en niños y adolescentes. Esta recomendación se aplica a niños y adolescentes que NO han sido diagnosticados de: Trastorno por uso de sustancias. |
| <b>INTERVENCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA PREVENIR EL INICIO DE TABAQUISMO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES</b>    | 2013 | Recomendación <b>B</b> :<br>La USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria provean intervenciones, como educación o asesoramiento breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar.                                                                                                                                          |
| <b>SCREENING y CONSEJOS</b>                                                                                 | 2013 | Recomendación <b>B</b> :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

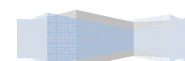


|                                                                                                          |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>SOBRE INTERVENCIONES CONDUCTUALES EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA REDUCIR EL MAL USO DEL ALCOHOL</b></p> |             | <p>La USPSTF recomienda que los médicos rastreen a adultos <math>\geq</math> de 18 años para abuso de alcohol y proporcionen a las personas en riesgo breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el abuso del alcohol.</p> <p>Recomendación I:</p> <p>La USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar riesgos y beneficios de detectar e intervenir sobre asesoramiento de conducta en centros de atención primaria para reducir el consumo abusivo de alcohol en adolescentes.</p> |
| <p><b>CONSEJO PARA PREVENIR CÁNCER DE PIEL</b></p>                                                       | <p>2012</p> | <p>Recomendación B:</p> <p>La USPSTF recomienda que asesorar a niños, adolescentes y adultos jóvenes de 10-24 años que tienen piel clara acerca de minimizar su exposición a la radiación ultravioleta para reducir el riesgo de cáncer de piel.</p> <p>Recomendación I:</p> <p>La USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para brindar consejos a adultos mayores de 24 años para trata de minimizar los riesgos para prevenir cá. de piel.</p>                                                                |
| <p><b>DIETA SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA PREVENCIÓN CV EN ADULTOS SANOS</b></p>                     | <p>2012</p> | <p>Recomendación C:</p> <p>Aunque la correlación entre dieta saludable, actividad física, e incidencia de enf. cv es fuerte, la evidencia existente de brindar asesoramiento conductual en el ámbito de la atención primaria para promover una dieta saludable y actividad física es escasa. Los médicos pueden elegir ser selectivos con los pacientes.</p>                                                                                                                                                                    |





|                                                                                                                                         |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DETECCIÓN Y MANEJO DE OBESIDAD EN ADULTOS</b>                                                                                        | 2012 | <p><b>Recomendación B:</b></p> <p>La USPSTF recomienda el rastreo de todos los adultos para obesidad.</p> <p>Los médicos deben ofrecer o interconsultar a pacientes con un IMC de 30 o superior para intervenciones conductuales intensivas, multicomponente.</p>                                                                                    |
| <b>DETECCIÓN DE OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES</b>                                                                                    | 2010 | <p><b>Recomendación B:</b></p> <p>La USPSTF recomienda rastrear a los niños <math>\geq</math> de 6 años para obesidad y ofrecerles, intervención conductual intensiva para promover cambios de hábitos.</p>                                                                                                                                          |
| <b>CONSEJO E INTERVENCIÓN PARA PREVENIR EL CONSUMO DE TABACO Y ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL TABACO EN ADULTOS Y MUJERES EMBARAZADAS</b> | 2009 | <p><b>Recomendación A:</b></p> <p>La USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todos los adultos sobre el consumo de tabaco y proporcionar intervenciones para dejar el tabaco</p> <p><b>Recomendación A:</b></p> <p>Recomienda que los médicos pregunten a todas las embarazadas si fuman y proporcionen asesoramiento de manera intensiva.</p> |
| <b>CONSEJERÍA DE COMPORTAMIENTO PARA PREVENIR ETS</b>                                                                                   | 2008 | <p><b>Recomendación B:</b></p> <p>La USPSTF recomienda asesoramiento conductual de alta intensidad para prevenir ETS a todos los adolescentes sexualmente activos y a adultos en riesgo de ETS.</p> <p><b>Recomendación I:</b></p> <p>Para dar consejo a adolescentes que no son sexualmente activos y adultos sin mayor riesgo de ETS.</p>          |



|                                                           |      |                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONSEJO PARA<br/>PROMOVER LA LACTANCIA<br/>MATERNA</b> | 2008 | Recomendación <b>B</b> :<br>Recomienda intervenciones durante el embarazo y después del nacimiento para promover y apoyar la lactancia materna. |
|-----------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 5-8-10-42 km...¿Hay un límite superior para la actividad física?

Publicado el 19 noviembre de 2015

→ No hay límite superior conocido de actividad física de intensidad moderada en personas sanas;

Pero...

→ Más de 100 minutos al día no parece estar asociado con reducciones adicionales en las tasas de mortalidad;

(Para la actividad física vigorosa, dosis bajas se relacionan con grandes beneficios, mientras que dosis de hasta 10 veces los niveles recomendados no están asociados con una mayor reducción de las tasas de mortalidad)

→ Ninguna dosis de actividad física vigorosa se asocia con tasas de mortalidad más altas que la inactividad física;

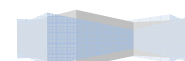
Algunos estudios sugieren una atenuación de beneficios para la salud a dosis de actividad física superiores, pero fallas metodológicas pueden limitar la validez de estas observaciones;

Las personas sedentarias con enfermedad coronaria tienen un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas y de mortalidad cardiovascular en comparación con los pacientes que hacen actividad física 2-4 veces a la semana;

Los pacientes coronarios sedentarios deberían tratar de realizar 30 minutos todos o la mayoría de los días;

→ Hacer ejercicio muy por encima del nivel recomendado es ligeramente, pero no significativamente; asociado con aumento de la mortalidad en pacientes con enfermedad cardiovascular;

La actividad física es una intervención efectiva para la prevención de la morbilidad y la mortalidad de enfermedad cardiovascular y



el ejercicio es uno de los mejores factores modificables para la prevención de enfermedades no transmisibles y mortalidad.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=2468899>

---

## **El diagnóstico se escucha**

Publicado el 15 noviembre de 2015

### **El diagnóstico se escucha**

El 80% de los diagnósticos se hace con el interrogatorio.  
No existe estudio diagnóstico con tal grado de resolución.

Si pudieras escuchar “lo que trae” el paciente y adicionarle lo que sabés de su entorno incrementaría esa capacidad.

---

## **¿Cómo podés estar tan seguro?**

Publicado el 14 de noviembre de 2015

"¿y si me hago la TAC?"

"...Solo para quedarnos tranquilos..."

En mi evaluación, había sufrido un “atontamiento” causado por un traumatismo menor en la cabeza. (Se resbaló en la vereda con el skate y se cayó para atrás).

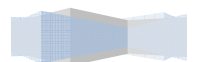
La evidencia indica que la TAC será negativa incluso si el traumatismo es clínicamente importante. (1)

Mi paciente siguió tironeando: ..."¿Podría tener una conmoción cerebral?", "No se puede ver una conmoción cerebral en una tomografía computarizada", le expliqué.

Luego llamé al padre y le expliqué también, atendí sus inquietudes y se fueron. Me pareció que ambos estaban más tranquilos.

¿Si le hubiera pedido la TAC y está hubiera dado normal el paciente estaría más o menos tranquilo?

---



Hay varias razones por las que se solicitan estudios de más:

- \* Expectativas del paciente.
- \* Una misión quijotesca de alcanzar la certeza.
- \* Cómo nos atrapó la tecnología.
- \* La medicina defensiva.

Quizás si no tenés tiempo para la discusión y ganarte la confianza del paciente, no habrá cuidado necesario.

Las presiones de tiempo e incentivos que priorizan la productividad clínica y la satisfacción del paciente pueden jugar en contra del cuidado que debemos hacer los médicos y tener la percepción de que es más rápido indicar un estudio o recetar algo que explicarle a un paciente el por qué no se lo pedís. Este enfoque no sólo contribuye a una epidemia de estudios con lo que indefectiblemente aumentarán los F (+).

Además lo hace sorprendentemente POCO TRANQUILIZANTE para los pacientes ("¡Uh el médico me pidió una TAC, seguro que piensa que algo tendré!"). Esto pone en peligro el fundamento mismo de la relación médico-paciente: aquél basado en el cuidado.

"...Pero que, ¿te quedaste sin hacer nada?...". Esa fue la respuesta de mi colega y amigo con quien jugamos al tenis los fines de semana.

¡No! Lo interrogué, lo revisé, le pregunté sus miedos y se los calmé. Eso no es hacer nada es ser el médico de esa familia!

(1) Stiell IG, Clement CM, Rowe BH, et al. Comparison of the Canadian CT head rule and the New Orleans criteria in patients with minor head injury. JAMA 2005; 294:1511-8.

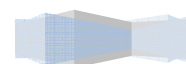
---

## **Los rastreos de cáncer de mama y próstata siguen sin dar grandes resultados.**

Publicado el 3 de noviembre de 2015

Los pacientes que presentan cáncer metastásico sirven como poderosos objetos de estudio acerca de prevenirlo. Esta esperanza se basa en un paradigma atribuido a William Halsted, que propuso un modelo donde el cáncer aparecía en un solo lugar, crecía allí, y con el tiempo migraba a los

---



ganglios linfáticos locales y luego a los órganos más distantes.

Si esto es correcto, el rastreo eficaz permitiría eliminar las metástasis por identificarlas en una etapa anterior y reducir la incidencia de pacientes que se presentan con enfermedad metastásica. Si bien es un punto importante no es suficiente para que el rastreo disminuya la mortalidad.

Un estudio de vigilancia (1) sobre cáncer de mama y próstata ilustra otro paradigma.

La incidencia del cáncer de mama metastásico se ha mantenido estable desde 1975 (ver gráfico).

Por el contrario, la incidencia de cáncer de próstata metastásico se ha reducido a la mitad desde 1988.

¿Cómo se explican estas tendencias discordantes?

La incidencia estable de cáncer de mama metastásico sugiere dos cosas. En primer lugar, la probabilidad subyacente de desarrollar esta forma de cáncer de mama es en sí estable. En segundo lugar, la mamografía ha sido incapaz de identificar en una fase temprana, los cánceres que están destinados a convertirse en metastásicos.

De hecho, la edad media al diagnóstico entre las mujeres de 40 años de edad o más no ha cambiado en los últimos 37 años, manteniéndose en 63,7 años.

O sea que no se ajustan al paradigma Halstediano de progresión constante.

La falta de cambio en la incidencia de la enfermedad metastásica es consistente con la hipótesis de que el cáncer de mama es una enfermedad sistémica por el tiempo que es detectable.

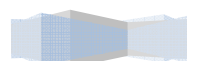
En contraste, la pronunciada disminución de la incidencia del cáncer de próstata metastásico es muy probablemente el resultado del rastreo con PSA.

Por lo tanto, el cáncer de próstata metastásico destinado a convertirse parece encuadrarse en el paradigma Halstediano: Progresa constantemente y

permite tiempo para el rastreo que lo encuentre en una fase anterior. ES

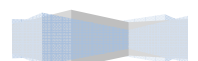
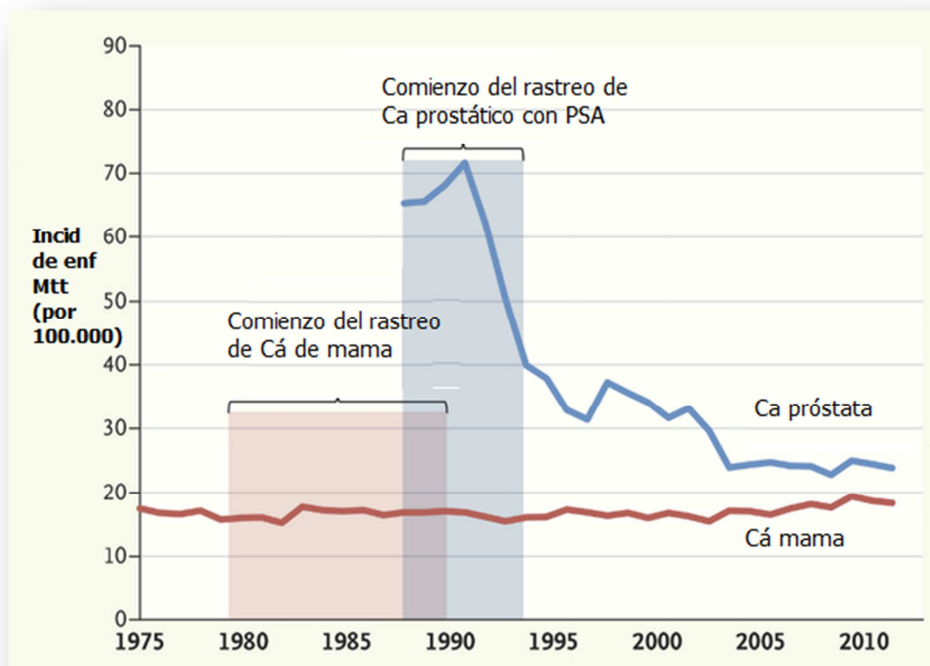
**IMPORTANTE SEÑALAR, SIN EMBARGO, QUE A PESAR DE ESTE CAMBIO, PARA QUE EL RASTREO SEA EFECTIVO ES NECESARIO QUE REDUZCA LA MORTALIDAD, COSA QUE HASTA AHORA NO DEMOSTRÓ.**

Desafortunadamente, muchos hombres que son diagnosticados con cáncer de próstata localizado escapan a esta regla y tienen recurrencia de la



enfermedad a pesar del tratamiento. Este hallazgo sugiere que las metástasis microscópicas pueden desarrollarse muy tempranamente en el curso de la enfermedad.

Estas tendencias discordantes también podrían ser el resultado de diferentes estrategias de rastreo. La mamografía busca una anomalía estructural anatómica, el PSA utiliza un marcador bioquímico para detectar un tumor. La incidencia de cáncer de próstata metastásico se ha estabilizado en la última década a una tasa similar a la observada en el cáncer de mama.



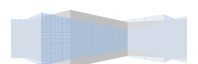
# Salud del niño

---

## Patología pediátrica quirúrgica ¿Cuándo se opera?:

Publicado el 7 de abril 2015

- Labio leporino, se opera antes de los 6 meses.
- Fisura palatina, se opera antes de los 20 meses
- La fimosis del niño, no se evalúa con examen físico ni se trata hasta después de los 3 años de edad. Salvo que antes aparezcan complicaciones.
- La hipospadias, se opera siempre, entre los 12 y 18 meses de vida. Con mucha frecuencia se complica y el paciente se re-opera.
- El hidrocele no comunicante se autolimita antes del primer año.
- La hernia umbilical no se opera antes del año, salvo que se complique.
- La hernia inguinal, y la crural, se operan ni bien se diagnostica.
- El 90% de la criptorquidea se asocia con hernia inguinal.
- El varicocele unilateral, derecho, hace sospechar tumor retroperitoneal.
- Las epididimitis son muy raras antes de la pubertad, porque se relacionan con la actividad sexual, por lo tanto su aparición en edades tempranas, hace pensar en malformación de la vía urogenital.
- La malformación renal más frecuente, es el riñón en herradura, 1/400. El 50% de ellos cursa con reflujo vesico-ureteral, y tiene más riesgo de desarrollar tumores renales en la infancia.
- El 70% de las hidronefrosis neonatales, se autolimitan antes del año.
- Los quistes branquiales y tiroglosos, se operan al momento del diagnóstico.
- Toda patología estructural al nacimiento, de cabeza y cuello, se deriva a cirugía pediátrica al momento del diagnóstico para seguimiento.
- Péctum excavátum, se opera después de los 7 años.
- Dedo en resorte, se opera la hacer diagnóstico.



## **El beso de la madre. Obstrucción nasal por cuerpo extraño.**

Publicado el 19 de abril 2015

1. Antes de iniciar el procedimiento, se explica completamente a la madre o a un adulto de confianza y al niño se le dice que se le dará un "gran beso".
2. La madre, u otro adulto de confianza:
  - a. coloca su boca sobre la boca abierta del niño, que quede firmemente pegadas como si fuera a realizar la respiración boca a boca.
  - b. Ocluir la fosa nasal afectada con un dedo.
  - c. Soplar hasta que sientan la resistencia causada por el cierre de la glotis del niño.
  - d. Realizar una exhalación brusca para que el aire pase a través de la nasofaringe, a la fosa nasal ocluida empujando al cuerpo extraño; y así forzar la salida del mismo.



Si tiene éxito el cuerpo extraño será expulsado.

Si es necesario, el procedimiento se puede repetir.

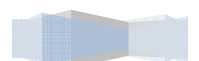
La maniobra es eficaz en casi el 60%, independientemente del tipo de cuerpo extraño.

Incluso cuando no tiene éxito, la técnica del "beso de la madre" puede mejorar la visibilidad del cuerpo extraño facilitando la extracción.

---

## **Calendario de vacunación nacional**

Publicado el 28 de abril 2015








Comprobá que vos y los miembros de tu familia tengan al día todas las vacunas.

## Calendario de vacunación nacional

**Recién nacido:** BCG (única dosis) + Hepatitis B (dosis neonatal, 12 primeras horas de vida)

**2 meses:** Neumococo Conjugada (primera dosis) + Quintuple Pentavalente DTP- HB-Hib (primera dosis) + Rotavirus (primera dosis) + Polio (primera dosis)

**4 meses:** Neumococo Conjugada (segunda dosis) + Quintuple Pentavalente DTP- HB-Hib (segunda dosis) + Rotavirus (segunda dosis) + Polio (segunda dosis)

**6 meses:** Quintuple Pentavalente DTP- HB-Hib (tercera dosis) + Polio (tercera dosis) + Gripe (dosis anual)

**12 meses:** Neumococo Conjugada (refuerzo) + Triple Viral SRP (primera dosis) + Hepatitis A (única dosis) + Gripe (dosis anual)

**15 meses:** Gripe (dosis anual)

**15-18 meses:** Cuádruple o Quintuple Pentavalente (primer refuerzo) + Polio (cuarta dosis) + Gripe (dosis anual)

**18 meses:** Fiebre Amarilla (primera dosis) + Gripe (dosis anual)

**24 meses:** Gripe (dosis anual)

**5/6 años (ingreso escolar):** Polio (refuerzo) + Triple Viral SRP (segunda dosis) + Triple Bacteriana Celular DTP (refuerzo)

**11 años:** Hepatitis B (iniciar o completar el esquema) + Triple Viral SRP (iniciar o completar el esquema) + Triple Bacteriana Acelular dTpa(refuerzo) + Virus Papiloma Humano HPV (solo niñas) + Fiebre Amarilla (refuerzo)

**A partir de los 15 años:** Fiebre Hemorrágica Argentina (única dosis)

**Adultos:** Hepatitis B (iniciar o completar esquema) + Doble Bacteriana dT (refuerzo) + Doble Viral SR (iniciar o completar esquema)

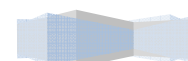
**Embarazadas:** Gripe (dosis anual) + Triple Bacteriana Acelular dTpa (refuerzo)

**Puérperas:** Gripe (dosis anual) + Doble Viral SR (iniciar o completar esquema)

**Personal de salud:** Hepatitis B (iniciar o completar esquema)+Gripe (dosis anual)+Doble Viral SR (iniciar o completar esquema) + Triple Bacteriana Acelular dTpa (única dosis)

## Síndrome de muerte súbita infantil

Publicado el 1 de mayo 2015



### Factores de riesgo

- Dejar a los niños durmiendo boca abajo
- Tabaquismo materno
- Prematuros
- Colecho
- Cubrirles la cabeza y uso de almohadas
- Consumo de drogas ilícitas de los padres
- Alcoholismo

### Factores protectores

- Lactancia materna.
- Dormir en la misma habitación de los padres.
- Chupete.

---

### Rubeola erradicada

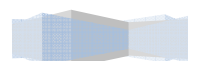
Publicado el 8 de mayo 2015

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha declarado que la rubéola ha sido eliminada en las Américas gracias a la inmunización masiva (triple viral). Es la primera región del mundo en detener la propagación de la enfermedad endémica.

Los más recientes casos endémicos de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita se encontraron en las Américas en 2009.

No ha habido ninguna evidencia de transmisión local por 5 años consecutivos, aunque continúan los casos importados.

¿Ahora será el momento del sarampión?



## Abuso de niños: Cómo puede ayudar la tecnología

Publicado el 29 de mayo 2015



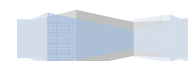
Una sociedad de caridad sueca para niños (BRIS) ha creado un conjunto de emoticones para ayudar a niños que hayan sido o sean víctimas de abusos o maltratos a comunicar estos problemas.

Esta app se llama "Emojis Abused" son una serie de emoticones de niños pequeños que muestran golpes, enojos de mayores, padres borrachos, etc.

Hay cosas que son difíciles de explicar y los emoticones pueden hacer más fácil que los niños expresen los sentimientos negativos o situaciones en las que han sido víctimas de maltratos o abusos.

Muchos de los problemas que enfrentan hoy en día los niños son estigmatizantes y no tienen con quien hablarlos.

La aplicación se ha convertido en el app de más rápido crecimiento de idiomas en Europa con muchas personas que las están utilizando para comunicarse.



Los Emojis se han convertido en una gran parte de la vida de los jóvenes y una forma popular para expresar rápidamente sus sentimientos. Cuando los jóvenes se esfuerzan por encontrar las palabras adecuadas, expresarse a través de un emoji, les puede ayudar a cerrar esa brecha, o incluso ser un primer paso para hablar de sus problemas.

<https://youtu.be/JR-pLK7ntiQ>

---

## **El síndrome de Turner**

Publicado el 5 de junio 2015

El síndrome de Turner (o 45X0) es la más común de las anomalías cromosómicas sexuales en mujeres.

Lleva el nombre de Henry Turner que la describió en 1938.

### **Epidemiología**

La incidencia se estima en 1:2000-5000 nacidos vivos aunque la tasa intrauterina es mucho más alta (1-2% de las concepciones) debido a la proporción significativa de abortos en el 2do trimestre.

### **Presentación clínica**

En los adultos es una de las causas más importantes de amenorrea primaria y representa aproximadamente 1/3 de estos casos.

### **Genética**

Clásicamente hay ausencia de una copia del cromosoma X (45 X0). En la mayoría de los casos el cromosoma faltante es el paterno.

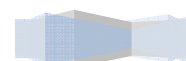
Hay 3 subtipos principales incluyen:

- Completa monosomía (45X0): Se da en ~ 60%
- Monosomía parcial (cromosoma X estructuralmente alterado): ~ 15%
- mosaicismo (XO y otro sexo cariotipo): ~ 30%

A diferencia de las trisomías comunes, no existe una correlación con la edad materna.

### **Marcadores**

- Proteína alfa feto suero (AFP): disminución
- HCG beta: Elevado si hidropesía presente y disminuido si no hay hidropesía



- Inhibina sérica: Elevada si hidropesía presente y ausente si hidropesía ausente

### **Asociaciones**

- hipertensión
- intolerancia a la glucosa
- enfermedad inflamatoria del intestino
- hipotiroidismo: debido a la formación de anticuerpos tiroideos (por lo general la tiroiditis de Hashimoto)
- disgenesia gonadal / disgenesia ovárica

### **Complicaciones**

#### *Hallazgos ecográficos intrauterinos*

- Higroma quístico: puede aparecer septado; uno de los rasgos más característicos del síndrome de Turner
- Aumento del grosor nucal
- aumento de la Translucencia nucal
- Coartación de la aorta: 15-20%
- Válvula aórtica bicúspide
- Riñón en herradura / riñón pélvico

#### *Musculoesqueléticas*

##### **Escoliosis**

Acortamiento del 3er y 4to metacarpiano: Signo metacarpiano (+) (Ver imagen).

Estrechamiento ángulo escafosemilunar: signo positivo carpiano

Cóndilo femoral medial anormal

Disminución del ángulo carpiano

Baja estatura

Deformidad del codo: Cúbito valgo

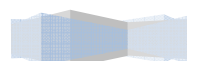
### **Tratamiento y pronóstico**

Muy variable. En general el pronóstico depende de las anomalías asociadas.

Si bien la gran mayoría de los fetos se abortan en el segundo trimestre, algunos pueden tener una esperanza de vida larga.

Los casos con mosiacismo tienen mejor pronóstico.

*El desarrollo mental NO SE VE AFECTADO.*

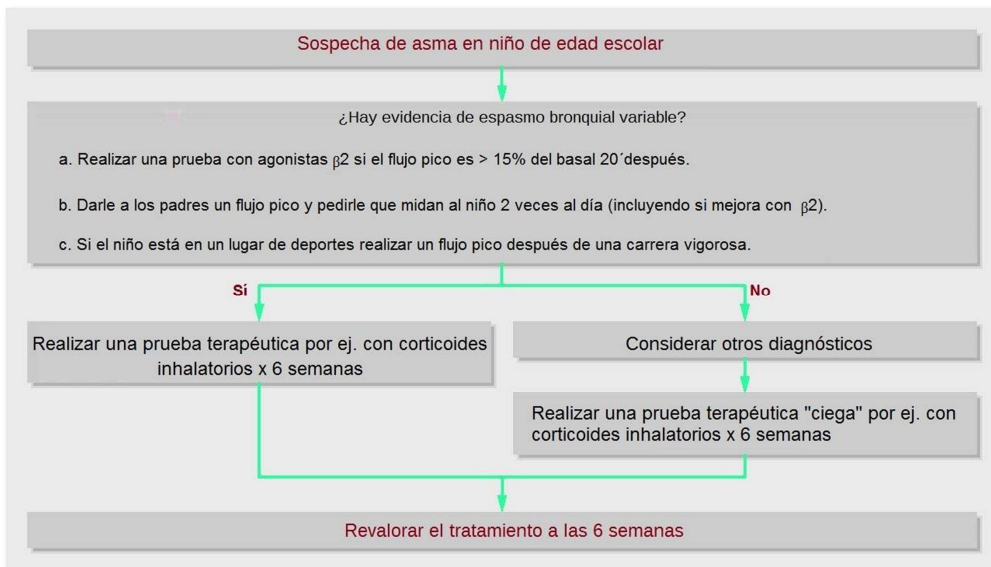




Rx: Acortamiento de 3r y 4 to metacarpiano

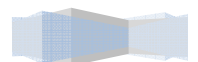
## Asma en niños: Cuando el diagnóstico no es tan sencillo.

Publicado el 15 de junio 2015



¿Qué te hace sospechar que NO sea ASMA?

- Ausencia de una verdadera polifonía (musical): Sibilancias.
- Predominio de síntomas de VAS tales como rinitis, ronquidos, y sinusitis.



- Si los síntomas aparecen desde el primer día de vida, nunca pensar en asma. Hay enfermedades graves como la discinesia ciliar primaria o malformaciones congénitas.
- Tos productiva crónica con o sin esputo presente todos los días durante más de seis semanas y sin haberse resuelto con un ciclo de ATB.
- Antecedentes de enfermedad sistémica o sugestivo de inmunodeficiencia: severo, persistente, inusual, o infecciones recurrentes (SPUR)
- Síntomas continuos, incansables sin días libres de síntomas

#### Examen físico

- ✓ Presencia de signos sistémicos tales como dedos en palillo de tambor, pérdida de peso, retraso del crecimiento.
- ✓ En VAS hipertrofia amigdalina superior, rinitis.
- ✓ Severa deformidad del pecho.
- ✓ Signos inesperados en la auscultación (sibilancias monofónicas fijas, estridor, señales asimétricas).
- ✓ Signos de enfermedad cardíaca o sistémica (soplos, pulsos periféricos anormales, pérdida de peso, e infecciones sistémicas inusuales, tales como la artritis piógena o meningitis).

La "variante tos" en el asma es un tema controvertido. A pesar que algunos niños puedan tener tos sin sibilancias como una manifestación de asma, estas presentaciones son raras. La tos seca crónica aislada en un entorno comunitario rara vez o nunca, es debido a asma.

No vamos a diagnosticar el asma a menos que haya una historia de una considerable falta de aire, así como uno o ambos de tos y sibilancias.

<http://www.bmj.com/content/350/bmj.h996>

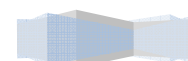
---

### **Dolor abdominal en niños**

Publicado en el ForoAPS el 20 de julio 2015

[http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod\\_producto=4448](http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=4448)

---



## **Alimentación en niños**

Publicado el 24 de agosto 2015

Los niños selectivamente tienden a consumir más alimentos dulces y con alto contenido de carbohidratos. Los niños que tienen una actitud defensiva sensorial, tales como las personas con trastornos del espectro autista son más difíciles para comer. Los niños quisquillosos para comer están fuertemente influenciados por factores ambientales (por ej, conductas de los padres, que ofrecen opciones limitadas de alimentos).

Los principales enfoques para tratar los caprichos para comer incluyen un comportamiento alimenticio normal en la familia, exposiciones repetidas a nuevos alimentos, y experiencias positivas a la hora de la comida.

Hay una fuerte correlación entre comportamientos nutricionales de padres e hijos. Los esfuerzos de los padres para controlar la ingesta de alimentos mediante la presión a comer un determinado alimento o la cantidad de los alimentos, la restricción de ciertos alimentos, o la promesa de una recompensa al niño tienen efectos negativos sobre la aceptación de alimentos y desalientan.

El papel de los padres es:

Proporcionar una estructura a la hora de comer: tiempo y lugar.

- Crear un ambiente positivo: interacción agradable.
- Permitir que el niño se alimente a sí mismo.
- Proporcionar una variedad de alimentos saludables.

El papel de los niños es:

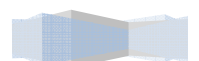
- Comer si así lo desean.
- Elegir qué comer entre los alimentos ofrecidos.
- Dejar de comer cuando “estén satisfechos”.

American Family Physician, 2015-08-15, Volúmen 92, Número 4

---

## **El dormir en los niños**

Publicado el 24 de agosto 2015





Durante la infancia, los despertares son normales, los niños maduran lentamente en una transición de ciclos cortos de sueño con múltiples despertares a un patrón de sueño normal en el que la mayor parte del sueño se produce por la noche.

Aproximadamente 2/3 de los niños progresan de manera constante a un patrón de sueño normal con pocos pero frecuentes despertares nocturnos perturbadores.

Un estudio encontró que a los 6 meses de edad la mayoría de los niños (58%) fueron despertándose en medio de la noche 2 veces/semana o menos.

Sin embargo, en los 3 primeros años de vida, 10% a 30% de los niños sanos tuvieron patrones de sueño que inaceptablemente interrumpen el descanso familiar.

Estos patrones incluyen berrinches antes de dormir, latencia prolongada, interrupciones del sueño, y duración del sueño acortados.

El temperamento difícil, ciertas enfermedades y problemas de desarrollo (por ej, trastornos del espectro autista) en un niño están fuertemente asociados con problemas de sueño.

También se han asociado a discordia familiar, bajo nivel socioeconómico, etnias, sensibilidad materna y problemas de salud mental, aunque la razón no está clara.

Las encuestas internacionales apuntan a factores culturales y ambientales como influencias adicionales sobre los patrones de sueño de la infancia.

La Fundación Americana del Sueño recomienda las siguientes duraciones de sueño diarias para niños sanos:

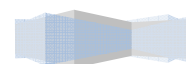
14 a 17 horas para recién nacidos,

de 11 a 14 horas para los niños pequeños, y

de 10 a 13 horas para los niños en edad preescolar.

Las técnicas de educación a los padres acerca del sueño y horarios, rutinas antes de dormir, y adquisición de habilidades para auto-calmarse son eficaces en la mejora de los problemas del sueño y despertares nocturnos en los niños. Se recomienda que los cuidadores implementen intervenciones conductuales a los niños A PARTIR DEL AÑO.

Estas intervenciones incluyen la extinción no modificada (dejar al niño "gritar"



en su cuna), o extinción modificada (donde el cuidador lo asiste gradualmente), y el inicio de la hora de acostarse (horarios y rutinas). No hay pruebas suficientes para apoyar una intervención en particular, o una combinación de ellas, sobre los demás.

American Family Physician, 2015-08-15, Volúmen 92, Número 4

---

### **¿Se chupa el dedo? ¿Qué edad tiene?**

Publicado el 24 de agosto 2015

Los hábitos de succión no nutritivos (pulgar y chupete) son frecuentes en todas partes del mundo y en todas las clases socioeconómicas.

En la mayoría de los casos, los hábitos cesan espontáneamente entre los 2 y 4 años.

Sin embargo, la persistencia de estos hábitos puede conducir a consecuencias negativas, como coiloniquia, paroniquia, y mala oclusión dental.

Las intervenciones conductuales para estos hábitos incluyen un refuerzo positivo cuando el niño evita el hábito o un condicionamiento aversivo mediante la aplicación de sustancias de mal sabor.

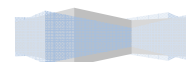
El uso del chupete se asocia con una menor incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante en bebés menores de 6 meses, aunque la relación causa-efecto no está clara.

Sin embargo, el uso del chupete también puede estar asociado a los medios de comunicación y al aumento de sibilancias, tos, diarrea y otitis recurrentes.

Las guías de la Academia Americana de Pediatría reconocen que reducir o eliminar el uso del chupete después de 6 meses puede reducir la otitis media.

El uso del chupete es también un factor de riesgo más fuerte para la mala oclusión dental que el pulgar o el dedo en los niños mayores.

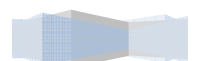
Se debe enviar a un dentista pediátrico si los hábitos de succión persisten más allá de los 4 años de edad. El uso de ortodoncia preventiva para chuparse el dedo puede ser una manera de prevenir la mala oclusión en estos niños.



## Convulsiones Febriles

Publicado el 28 y 29 de agosto 2015

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Es una convulsión febril?</b><br><b>Definición</b><br>1. Convulsión en la infancia<br>2. A partir del 2do mes<br>3. Sin infección del SNC<br>4. Sin convulsiones previas neonatales o No provocadas<br>5. Sin criterios clínicos de otros diagnósticos | <b>Tipos</b>                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Simple</b> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Menos de 15 minutos</li><li>→ Generalizada</li><li>→ Sin recurrencia generalizada</li><li>→ Sin cuadro postictal</li></ul>                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Compleja</b> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Más de 15 minutos</li><li>→ Focal</li><li>→ Puede tener convulsiones repetitivas</li><li>→ Puede haber paresia focal postictal (paresia de todd)</li></ul> |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Estado epiléptico febril</b> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Más de 30 minutos</li></ul>                                                                                                                |



## ¿Qué te hace pensar que pueda ser una infección del SNC?

### Estar alerta que pueda ser otro diagnóstico si :

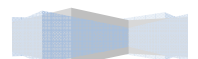
- La fiebre es menor de 38°C o
- es menor de 6 meses.
- Las causas podrían ser infecciones u otras causas de fiebre

### Banderas rojas:

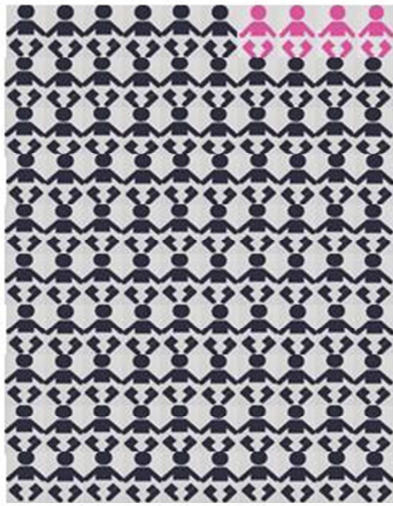
- Tratamiento ATB.
- Convulsiones febriles complejas.
- Historia de irritabilidad, disminución del apetito o letargia.
- Inmunización incompleta.
- Cualquier signo físico de meningitis o encefalitis: Rigidez nuchal, fotofobia, abombamiento de las fontanelas.
- Síntomas post-ictales que duran más de 1 hora: Conciencia alterada, déficit neurológico, somnolencia, respuesta social limitada

### Recurrencia:

En niños **sin F de R** la recurrencia es rara  
Se estima que la recurrencia total es 1 en 3



Sin factores de riesgo 4 en 100



Con todos los factores de riesgo 80 en 100

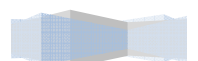


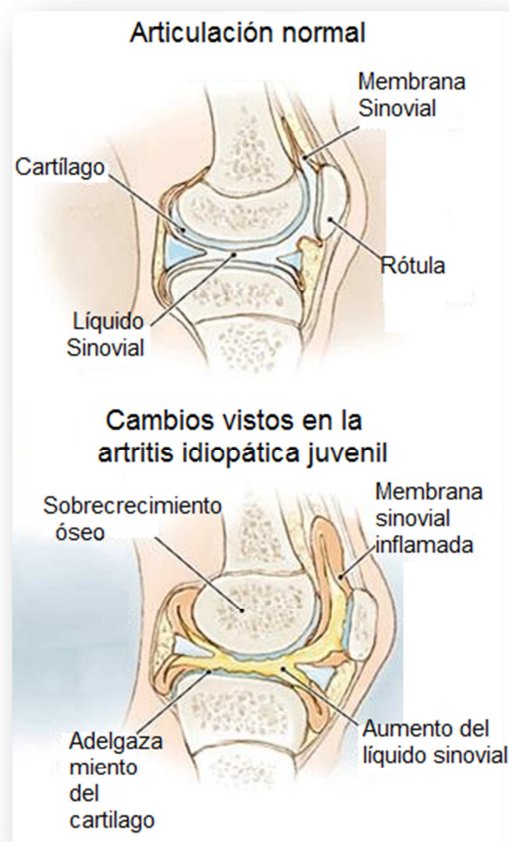
**Las convulsiones febriles no producen empeoramiento cognitivo.**

---

### Artritis idiopática juvenil

Publicado el 29 de agosto 2015





La artritis idiopática juvenil (AIJ) es un grupo de enfermedades de causa desconocida que ocurren en niños menores de 16 años.

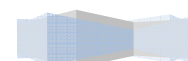
A veces se denominan artritis crónica juvenil. El nombre fue cambiado de la artritis reumatoide juvenil para evitar la confusión con la artritis reumatoide adulta.

En la AIJ, el sistema inmune ataca la membrana sinovial.

La membrana sinovial se inflama, causando hinchazón, dolor y rigidez.

Este proceso puede extenderse a tejidos circundantes, dañando cartílagos y huesos.

Los niños con cualquier tipo de AIJ pueden tener rigidez matutina; dolor, hinchazón y sensibilidad en la articulaciones comprometidas; renguean; fiebre; erupción; pérdida de peso; fatiga o irritabilidad; y enrojecimiento ocular, dolor o visión borrosa. La inflamación ocular crónica ocurre en 10% a 20% de todos los pacientes; de éstos, 30% a 40% tenían una pérdida grave de la visión.



## TRATAMIENTO

La respuesta al tratamiento es variable. Los objetivos son aliviar el dolor, reducir la inflamación, aumentar la movilidad de las articulaciones y la fuerza, y prevenir el daño articular.

El ejercicio, la fisioterapia y la terapia ocupacional reducen el dolor, mantienen el tono muscular, mejoran la función y previenen la discapacidad permanente. Aunque se han introducido nuevas opciones terapéuticas, todavía no es fácil predecir la respuesta al tratamiento en los niños. Los medicamentos pueden incluir

- AINEs (proporcionan alivio del dolor y reducen el edema) PERO NO AFECTAN EL CURSO DE LA AIJ.
- Corticosteroides, que se pueden administrar vo o parenteral.
- Fármacos antirreumáticos inmunosupresores.
- Agentes biológicos en niños con artritis severa que no responde a otros medicamentos.

## DIAGNÓSTICO

No hay pruebas específicas para la AIJ.

Examen físico completo.

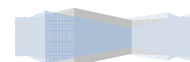
Radiografías y pruebas de laboratorio pueden ayudar a determinar el tipo de artritis tiene el paciente y descartar otros problemas.

## COMPLICACIONES

Si no se trata, las complicaciones con AIJ pueden incluir visión perdida o disminuida, daños permanentes en las articulaciones, artritis crónica y pérdida de la función, la interferencia con los huesos y el crecimiento, y la inflamación de las membranas que rodean el corazón o los pulmones.

## PRONÓSTICO

Muchos niños superan la enfermedad en la edad adulta, pero otros siguen necesitando tratamiento en la adultez. Hasta la fecha, no existen medios para



determinar la necesidad o el pronóstico a largo plazo de la medicación en pacientes individuales.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=185634#.Vdp9zdKV6Ps.facebook>

---

## **Circuncisión en el recién nacido**

Publicado entre el 14 y el 16 septiembre 2015

Al nacer, las superficies de la mucosa del prepucio y el glande se adhieren entre sí.

El prepucio se separa gradualmente desde el glande durante la infancia.

A los 6 años, el 50% de los chicos puede retraer el prepucio, aunque el proceso de separación puede no ser completo hasta la pubertad: el 95% de los niños tienen prepucio retráctil a los 17 años.

Los padres pueden estar tranquilos por observar el chorro de orina con un prepucio no retráctil. Hasta que este proceso de desarrollo se complete, el término más adecuado sería prepucio no retráctil en lugar del término confuso y tal vez erróneo: "fimosis fisiológica".

El cuidado apropiado para el pene no circuncidado debe incluir educar sobre la higiene y la retracción del prepucio no retráctil normal.

Beneficios potenciales de la circuncisión

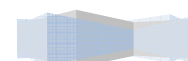
Tratamiento de fimosis

La fimosis se define como una cicatrización y engrosamiento de la piel del prepucio que impide la retracción hacia atrás sobre el glande. La fimosis puede ser secundaria a infecciones recurrentes, inflamación o esclerosis. La fimosis debe diferenciarse del prepucio no retractil normal.

El prepucio puede inflamarse o infectarse (postitis), a menudo en asociación con el glande (balanopostitis) en 1 a 4% de los varones no circuncidados.

El prepucio también puede quedar atrapado detrás del glande (Parafimosis) en 0.5 % de los casos. Ambas condiciones generalmente se resuelven con tratamiento médico, pero, si es recurrente, puede causar fimosis.

Aprox. el 0,8-1,6% requerirán la circuncisión antes de la pubertad, más comúnmente para el tratamiento de la fimosis.





El tratamiento médico de primera línea de la fimosis consiste en aplicar un corticoide tópico 2/día, acompañado de una suave tracción para diluir el tejido y liberar adherencias, lo que permite que el prepucio se convierta retráctil en el 80% de los casos tratados, evitando la circuncisión. Los corticoides tópicos también son útiles para acelerar la retracción del prepucio en los niños con prepucios no retráctil.

#### Reducción de ITUs

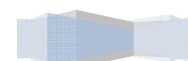
El saco prepucial proporciona un entorno para la colonización de la uretra con organismos uropatógenos que pueden causar ITUs en los bebés varones.

Fcia: 1/100 niños en el primer mes de vida. Un meta-análisis que incluyó un ensayo aleatorio y 11 estudios observacionales encontró que ITU se redujo en un 90% en los bebés circuncidados, con una significativa OR de 0,13 (IC 95%: 0,08 a 0,20).

En un reciente meta-análisis (14 estudios), la prevalencia combinada de infección urinaria en lactantes febriles menores 3 meses de edad fue de 7,5% para las mujeres, 2,4% para los hombres varones circuncidados y 20,1% para los varones no circuncidados. La tasa de prevalencia de la infección urinaria en los hombres febriles (circuncidados y no circuncidados) disminuyó hasta el 1,7% en seis a 12 meses de edad, pero se mantuvo la diferencia de 10 veces en relación con el estado de la circuncisión. Desde la publicación de ese meta-análisis, un estudio de cohorte prospectivo, en la que se obtuvieron una serie de urocultivos en los niños de hasta 15 meses de edad, también se encuentra una menor incidencia de ITU en las que se circuncidaron al nacer (0% frente a 2%,  $P < 0,001$ ). El riesgo de ITU disminuye rápidamente en los hombres después de los primeros meses de vida a una incidencia de 1/1000 por año de edad.

Se ha estimado que tendrían que ser circuncidados al nacer 111 a 125 bebés varones normales para prevenir una ITU (para los que el riesgo es de 1% a 2%).

En los niños con mayor riesgo (ITU recurrente o anomalía del tracto urinario: alto grado de reflujo vesicoureteral o uropatía obstructiva), la circuncisión puede ser de mayor beneficio. En estos, el NNT es de 4 para prevenir una ITU. Sin embargo, hay que señalar que las orinas contaminadas son más



comunes en los varones no circuncidados, que puede conducir a un sobrediagnóstico de IU, por lo que el número necesario a tratar puede ser considerablemente mayor que lo encontrada en estos estudios.

#### Reducción de ETS

Los estudios observacionales realizados en África y en los países desarrollados desde la aparición del VIH/SIDA han sugerido que los hombres no circuncidados tienen un mayor riesgo de infección por el VIH.

La superficie interna del prepucio es rica en células diana que se exponen a la infección por VIH durante las relaciones sexuales y que se especula que es un mecanismo que conduce a la adquisición del VIH.

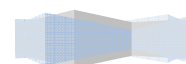
Si esto es cierto, entonces la eliminación del prepucio podría teóricamente tener un efecto protector contra la adquisición del VIH. Pruebas concluyentes de que la circuncisión es parcialmente eficaz en la disminución del riesgo para la infección por vía heterosexual adquirida por el VIH entre los hombres en África subsahariana ha sido proporcionada por tres grandes ensayos controlados aleatorios con hombres y muchachos adolescentes en Uganda, Sudáfrica y Kenia. En comparación con los controles no circuncidados, se produjo una disminución de nuevas infecciones por VIH en un 50% a un 60% en los participantes masculinos circuncidados.

En el estudio de Kenia, este efecto protector se mantiene durante al menos 42 meses (nivel de evidencia 1). Algunas otras observaciones en África subsahariana han sugerido también que existe un grado similar de protección cuando la circuncisión se realiza en el período neonatal (nivel de evidencia 4). No está claro, sin embargo, si estas conclusiones se pueden aplicar a poblaciones en países desarrollados, donde las tasas de seroprevalencia son más bajas y hay otras vías de transmisión.

Se presume que la circuncisión masculina, al reducir la carga de VIH en hombres, proteja indirectamente mujeres. No parece ser un papel importante en la disminución de la transmisión de hombre a mujer en parejas serodiscordantes.

#### ¿Reduce otras ETS?

Los datos han sido conflictivos para el HPV clamidia y gonorrea.



Las parejas femeninas de hombres circuncidados en estudios africanos tuvieron una tasa de prevalencia ajustada inferior de 0,52 para la infección por *Trichomona*, 0,60 para vaginosis bacteriana y 0,78 para úlceras genitales.

---

## Reflejos en el recién nacido

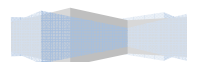
Publicado el 26 y 27 de septiembre

Los recién nacidos presentan reflejo de Moro, se sobresaltan o abrazan en forma refleja espontáneamente cuando se mueven repentinamente, se los expone a un ruido fuerte y repentino, debido a la sensación de caer, o la sensación de inestabilidad en una superficie plana.



Se lo obtiene, permitiendo que la cabeza del niño caiga (sin dejar de sujetarlo suavemente) por debajo del nivel del resto del cuerpo, mientras el bebé está en una posición de descanso. (Ver Fig. A)

El bebé extiende los brazos de repente y rápidamente con las manos



abiertas, y luego los lleva de nuevo más lentamente en un movimiento que se ve como un abrazo. Con una mirada de asombro.

El rápido movimiento inicial puede ir acompañado de una mueca o grito.

La simetría de movimiento es importante.

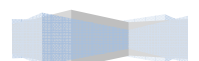
La debilidad en un miembro (por ejemplo, lesión del plexo braquial) resulta en un reflejo de Moro asimétrico. (Ver Fig. B)

- El reflejo de Moro es uno de los muchos reflejos que se observan en el nacimiento. Y normalmente desaparece después de 2 o 3 meses.
- La ausencia de este reflejo en un bebé es anormal (sugiere daño cerebral o medular).
- La ausencia en un solo lado sugiere una fractura de clavícula o una lesión en el plexo braquial.
- Un reflejo de Moro en un bebé de más de 6 meses es anormal.



El reflejo palmar es la flexión automática de los dedos al agarrar un objeto y debe desaparecer a los 6 meses.

Si se mantiene puede haber dificultad con habilidades motoras finas y exhibir una escritura desordenada.



## ¿Hay que rastrear autismo en niños?

### RECOMENDACIÓN I

Publicado el 5 de octubre 2015

Hace un tiempo se viene discutiendo esto en algunas páginas de internet. Cada vez que alguien está discutiendo detectar una enfermedad con un estudio diagnóstico está bueno recurrir a las 4 preguntas, de Frame y Carlson para ver si las respuestas afirmativas permiten rastrearlo.

Te proponemos responder juntos estas preguntas:

- (1) ¿Es una condición prevalente y lo suficientemente grave como para justificar rastrearla?
- (2) ¿Tenemos un método preciso para utilizarlo en la población en general?
- (3) ¿El diagnóstico temprano es mejor que el diagnóstico tardío?
- (4) ¿El diagnóstico temprano motiva a los pacientes a realizar algo por esa condición?

### RESPUESTAS

(1) El autismo afecta a 1 de c/68 niños, según el CDC. Así que la pregunta 1, es Sí.

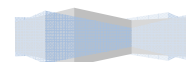
(2) La detección del autismo se puede hacer con una herramienta\* que es una encuesta de 23 preguntas que los padres llenan y los médicos puntúan. Todos los médicos de atención primaria podrían utilizarla. El efecto rótulo y los Falsos (+) son una objeción importante.

Así que la pregunta 2 es un Regular!

(3) No hay mucho desacuerdo en esta pregunta.

3 de los 4 ensayos encontraron que las intervenciones mejoraron las puntuaciones cognitivas, como el coeficiente intelectual, de 11 a 16 puntos. También mostraron mejoría en las habilidades lingüísticas. Doce ensayos que examinaron intervenciones basadas en la reproducción o interacción mostró mejoras significativas en las medidas de las interacciones con los demás.

La objeción de las Fuerzas de Tareas es que esas intervenciones se realizaron en niños que ya tenían trastornos del espectro autista. No se llevaron a cabo en niños rastreados y que aún no estaban lo bastante



sintomáticos para preocuparse.

Las intervenciones para el autismo raramente son farmacéuticas, son casi siempre de comportamiento o de desarrollo.

(4) La experiencia anecdótica ha sido que los padres de niños con trastorno del espectro autista son algunos de los más comprometidos y fuertes defensores de sus niños.

Como ves, aún no puede haber una recomendación firme sobre el rastreo asintomático de este problema.

\* <http://www.fespau.es/autismo-tea/m-chat.pdf> (M-CHAT)

---

## Sospecha de abuso en niños

Publicado el 23 de octubre 2015

Este artículo (1) que salió en Abril se explaya sobre ampliar nuestro foco sobre sospecha de abuso en niños.

- Cualquier daño a un bebé que no se mueve sólo.
- Lesiones en áreas atípicas (por ej, espalda, oídos).
- Varias lesiones en diferentes etapas de curación.
- Traumatismo en más de un sistema de órganos.
- Síntomas que podrían indicar un traumatismo craneal, tales como vómitos inexplicables, letargo, irritabilidad, apnea, o convulsiones.

Si sospechás abuso, radiografías y/o TAC cerebrales pueden ayudarte a identificar lesiones ocultas.

Incluso interrogar y revisar a los hermanitos también puede ayudarte a descubrir lesiones adicionales.

(1) <http://pediatrics.aappublications.org/.../peds.2015-0356.full...>

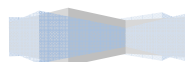
---

## Manejo de síncope en niños

Publicado el 29 de noviembre 2015

¿Cuál de los siguientes pasos a seguir es el más apropiado en la evaluación de un niño de 11 años de edad, previamente sano que tiene un breve

---



episodio sincopal sin complicaciones mientras caminaba a la escuela y que tiene signos vitales normales y un examen físico normal?

- a. Electrocardiograma.
- b. Ecocardiograma.
- c. Reaseguro.
- d. Electroencefalograma.
- e. Tilt test.

Respuesta correcta: A

En un niño con un episodio de síncope sin complicaciones que no tuvo problemas médicos anteriores, y tiene un examen físico sin datos positivos, la prueba diagnóstica más adecuada y útil es pedirle un ECG.

Aunque la mayoría de las causas de síncope en los niños son benignas (vasovagal), es importante tener en cuenta las causas cardíacas, ya que son potencialmente peligrosas para la vida.

El ECG es una prueba rápida y no invasiva que puede ayudar a identificar causas cardíacas como arritmias (por ej. bloqueo cardíaco) o anomalías estructurales (por ejemplo, obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (Q patológicas en cara inferior y lateral)); por lo tanto, es preferible antes del reaseguro.

Un EEG NO es necesario o apropiado en ausencia de actividad tónico-clónicas, auras, u otras características que sugieren un trastorno convulsivo.

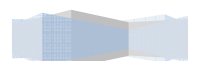
El síncope aislado es una presentación poco común para un trastorno convulsivo.

El ECOCARDIO puede ser apropiado si:

→ LA HISTORIA, EL EXÁMEN FÍSICO O EL ECG FUESEN ANORMALES  
O

→EL EVENTO SINCOPAL SE PRODUCE DURANTE EL EJERCICIO.

El tilt test tiene baja sensibilidad, pero se puede considerar en la evaluación de un niño con episodios recurrentes que podés considerar síncope neurocardiogénico (vasovagal), para ayudar a un diagnóstico más profundo.



Goble MM et al. ED management of pediatric syncope: searching for a rationale. Am J Emerg Med 2007 Dec 18; 26:66.

---

## **¿Los bebés nacidos por cesárea son más propensos a desarrollar problemas de salud?**

Publicado el 20 de diciembre 2015

Un estudio (1) analizó en términos absolutos los nacimientos de 321.287 primogénitos en Escocia durante un período de 15 años y el seguimiento de la salud a largo plazo de esos bebés.

Casi el 4% nació por cesárea planificada y el 17% por cesárea de emergencia. Los restantes 252.917 fueron partos vaginales.

Es uno de los estudios más grandes y más largos sobre este tema.

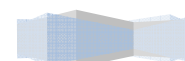
Los datos muestran más problemas de salud entre los bebés nacidos por cesárea planificada (condiciones más controladas) que entre los que nacieron por cesárea de emergencia o parto vaginal.

Recordá que el número de nacidos por cesárea aumentó mucho. Los nacimientos por cesárea sin indicación médica aumentaron hasta el 5,5% en mujeres de bajo riesgo en 2001, frente al 3,3% en 1991.

Los niños nacidos por cesárea tienen un mayor riesgo de problemas de salud como obesidad y las alergias. También se ha asociado con un mayor riesgo de DBT 1.

En general, las diferencias entre una cesárea programada y una cesárea de emergencia fueron leves. Sin embargo, los datos comienzan a arrojar luz sobre porque los bebés nacidos por parto vaginal pueden tener menos riesgos de salud que los bebés que nacen por cesárea.

La mayor diferencia entre los bebés nacidos por cesárea programada y no programada aparece en el riesgo de desarrollar DBT I. Los resultados mostraron que los bebés que nacen por cesárea planificada tenían un 35% más de riesgo de DBT I en comparación con los bebés que nacen por cesárea de emergencia.





Todos los bebés nacidos por cesárea fueron levemente más propensos a usar tratamiento con broncodilatadores a los 5 años: 10,3% de los bebés nacidos por cesárea planificada y 10,19% de cesárea no programada terminaron usando un inhalador, en comparación con 9.6 % de los que nacen por vía vaginal. Las tasas de hospitalización por asma también fueron más altas para los nacidos por cesárea planificada (22% más)

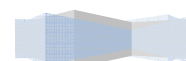
Aunque todos los bebés nacidos por cesárea eran más propensos a ser obesos a los 5 años, las diferencias no fueron estadísticamente significativas después de ajustar por las diferencias entre las madres. No hubo diferencias significativas en cáncer y colon irritable entre cualquiera de los nacimientos.

#### **¿Cómo se explica esto? Varias hipótesis:**

1. Durante el parto vaginal se liberan hormonas del estrés y ocitocina que pueden ayudar al feto a adaptarse durante el parto, preservar el flujo sanguíneo a los órganos, y mantener al bebé alerta y preparado para la lactancia.
2. El recién nacido absorbe microbios maternos en su boca y el tracto gastrointestinal que modula el sistema inmunológico del niño, para que no reaccione exageradamente o se vuelva destructivo y precipite trastornos autoinmunes como DBT 1.
3. En la cesárea planificada se utilizan ATB de amplio espectro que pueden transmitirse a través de la lactancia (o antes del nacimiento) y que disminuye la diversidad de las bacterias naturales.

El parto es un proceso fisiológico que sirve para la evolución de la especie.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26624826>



## **El monitoreo ambulatorio de PA: MAPA (Presurometría de 24 horas) o Monitoreo domiciliario de PA: MDPA (4 DIAS)**

Publicado el 23 de marzo 2015

Predice a largo plazo resultados cv, INDEPENDIENTEMENTE de las Medidas de detección de la PA en el consultorio y por lo del tanto mejora la precisión de a quién tratar. (1)

### **¿Por qué el monitoreo?**

Para reducir el error.

- Simplifica la realización de mediciones repetidas.
- Evalúa la PA en todo el ciclo de 24 horas.
- Permite su uso en entornos no médicos.

La revisión que hace la Fuerza de Tareas Americana en el 2003 no estableció un método estándar de referencia para medir la TA

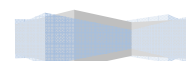
### **¿Con qué se monitorea?**

1) Todos los dispositivos del MAPA (Holter o presurometría) son oscilométricos y típicamente toman mediciones c/15-30' durante el día y Cada 60' por la noche.

2) MDPA: Es un método sencillo y económico que permite un gran número de lecturas en un período estimado de 4 días.

- 2 Mediciones matutinas (antes del desayuno, antes de la medicación antihipertensiva y con evacuación de la vejiga) y
- 2 mediciones vespertinas, con 1-2 minutos de diferencia).

Las recomendaciones específicas incluyen:



A menos que se necesite tratamiento inmediato, debería hacerse el monitoreo ambulatorio de la PA para confirmar los resultados, evitar diagnósticos erróneos y sobretratamiento.

### **¿Cuándo se debe reevaluar?**

Las personas en alto riesgo de HTA (ta normal alta, adultos mayores, personas con sobrepeso u obesidad) se deberían re-examinar anualmente en relación de los que no tienen estos factores de riesgo específicos.

En 11 estudios, el holter predijo resultados CV a largo plazo (RR de 1,28 hasta 1,40).

En 27 estudios, entre 35% y un 95% de persona con PA elevada en el consultorio permaneció hipertensa con las pruebas de holter o monitoreo domiciliario.

Las personas con hipertensión de consultorio aislada (es decir que eran normotensas fuera del consultorio) tuvieron eventos cardiovasculares similares a los de las personas normotensas en el rastreo en consultorio.

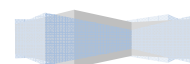
En 40 estudios, la incidencia de HTA despues del re-screening varió considerablemente tras año año hasta los 6 años.

(1) <http://annals.org/article.aspx?articleid=2085846>.

---

## **Presión en el consultorio, MAPA y MDPA**

Publicado el 24 de marzo 2015



| PAC                                                                          | MAPA                                                                                | MDPA                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ventajas</b>                                                              |                                                                                     |                                                                          |
| Ampliamente disponible y de bajo costo                                       | Evalúa la PA nocturna y la variabilidad a corto plazo<br>Mejor indicador pronóstico | Evalúa variabilidad a mediano y largo plazos                             |
| La mayoría de los ECA están hechos con PAC                                   | Realiza mediciones tanto en reposo como en actividad                                | Bajo costo y amplia aceptación por los pacientes<br>Mejora la adherencia |
| <b>Limitaciones</b>                                                          |                                                                                     |                                                                          |
| Escasa reproducibilidad y sujeta a reacción de alarma y sesgo del observador | Costo elevado                                                                       | No permite evaluar la PA nocturna                                        |
| Menor correlación que la PA ambulatoria con DOB y eventos CV                 | Escasa aceptación por los pacientes                                                 | Solo realiza mediciones en reposo, en posición sentado                   |

PAC: Presión arterial de consultorio. MAPA: Monitoreo ambulatorio de la presión arterial. MDPA: Monitoreo domiciliario de la presión arterial. PA: Presión arterial. ECA: Estudios clínicos aleatorizados. DOB: Daño de órgano blanco. CV: Cardiovascular.

<http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-de-Hipertension-Arterial.pdf>

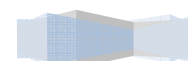
## Guía de HTA de la American Heart Association

### Aquí las metas

Publicado el 3 de abril de 2015

| Meta de TA mm Hg | Condición                                                                                                                             | Clase/Nivel de evidencia    |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <150/90          | edad > 80 años                                                                                                                        | Ila / B                     |
| <140/90          | Enfermedad Coronaria.<br>Síndrome coronario agudo.<br>ICC                                                                             | I / A<br>Ila / C<br>Ila / B |
| <130/80          | Enfermedad Coronaria.<br>Post-IAM, ACV o AIT,<br>Enfermedad carótida,<br>Enf. Arterial periférica,<br>Aneurisma de Aorta<br>Abdominal | Ilb / C                     |

<http://hyper.ahajournals.org/content/early/2015/03/30/HYP.000000000000018.full.pdf>



## Repasando las metas de HTA

Publicado el 27 de agosto 2015

La guía 2014 de hipertensión arterial en adultos del Joint National Comitee (JNC8) recomienda iniciar el tratamiento farmacológico para reducir la TA en los siguientes pacientes:

- **Pacientes  $\geq 60$  años de edad con**

TA sistólica (TAS)  $\geq 150$  mm Hg o

TA diastólica (TAD)  $\geq 90$  mm Hg.

Meta: TAS  $< 150$  mmHg y TAD  $< 90$  mm Hg.

- **Pacientes  $< 60$  años de edad con**

TAS  $\geq 140$  mmHg o

TAD  $\geq 90$  mm Hg.

Meta: TAS  $< 140$  mmHg y TAD  $< 90$  mm Hg.

- **Pacientes  $\geq 18$  años de edad con DBT y:**

TAS  $\geq 140$  mmHg o

TAD  $\geq 90$  mm Hg.

Meta: TAS  $< 140$  mmHg y TAD  $< 90$  mm Hg.

- **Pacientes  $\geq 18$  años de edad con enfermedad renal crónica y:**

TAS  $\geq 140$  mmHg o

TAD  $\geq 90$  mm Hg.

Meta: TAS  $< 140$  mmHg y TAD  $< 90$  mm Hg.

---

## El debate sobre la sal

Publicado el 12 de abril 2015

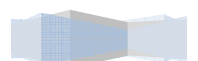
Hay un área de consenso: Comer demasiada sal, especialmente en personas con HTA, puede ser peligroso.

El desacuerdo crítico aparece en definir "demasiado".

Bajo las directrices dietéticas actuales, demasiado es más de 2.300 mg de sodio/día (una cucharadita de sal) para personas mayores de 50 años.

La American Heart, una de las organizaciones que promueve estos límites

---



actuales de sal aclara que en algunas personas, reducir el consumo de sal puede reducir la TA. Debido a que la presión arterial alta es frecuente y aumenta el riesgo de problemas cv, los límites estrictos de sal benefician a la sociedad.

Pero corrientes de científicos opinan lo contrario.

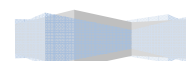
Suzanne Oparil, ex presidenta de la American Heart Association dijo que las reducciones de la TA que provienen de la abstención de la sal son relativamente pequeñas en promedio, ya que los individuos varían ampliamente en sus reacciones. (Una persona promedio que reduce su consumo de sal a partir de niveles medios recomendados puede ver una caída en la presión arterial de 120/80 a 118/79 (según cifras de la Asociación Americana del Corazón).

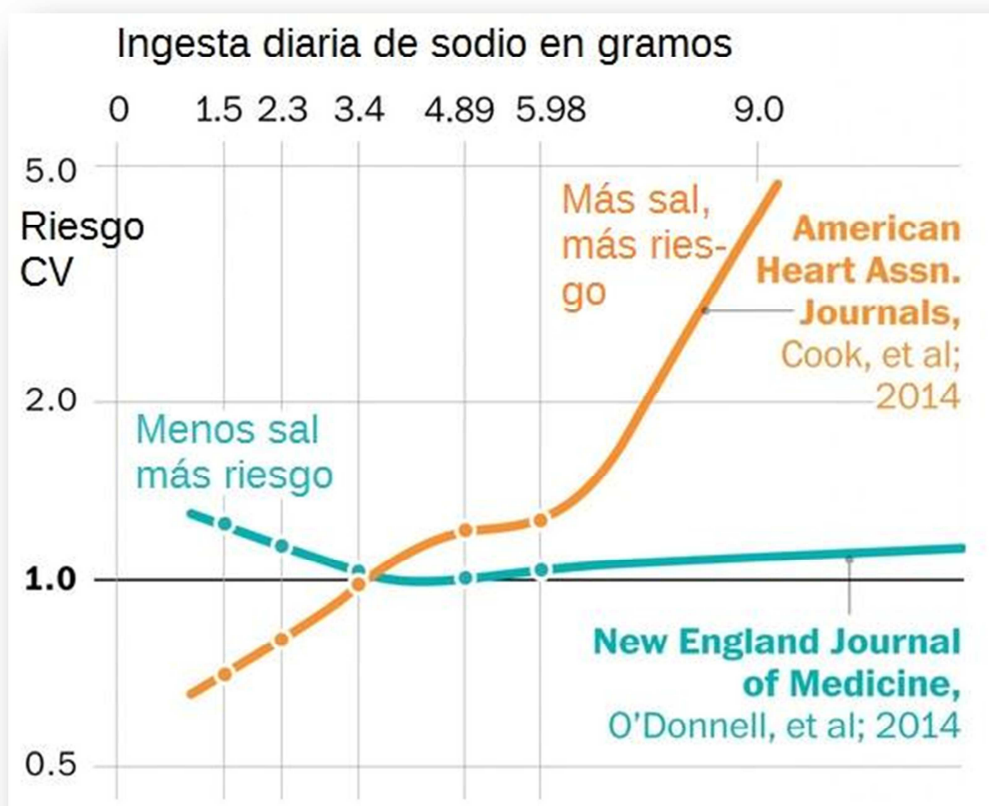
"...Puede que algunas personas se aferren a este sistema de creencias sobre la sal. Pero ignoran la evidencia..." dijo Oparil.

Argumentan también que consumir demasiado poco (debajo de los 3.000 miligramos) también plantea riesgos para la salud.

El pasado agosto, el NEJM publicó los resultados del estudio PURE. Indicó que los niveles bajos de sodio pueden estimular la producción de renina, que puede tener efectos nocivos sobre los vasos sanguíneos.

Mientras que los estudios de los alimentos son a menudo financiados por la industria, el estudio PURE en el New England Journal of Medicine y el Instituto de Medicina estudio fueron financiados por fuentes gubernamentales y otras.



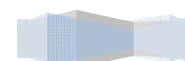


## La sal de la vida.

Publicado el 30 de septiembre 2015

Durante años, hemos sabido que las dietas con alto contenido de sal pueden ser perjudiciales para las personas con HTA. Un estudio publicado el año pasado en el New England (1) confirma este hecho. Más de 100.000 personas en 18 países (Argentina entre ellos) encontró que las personas que consumen más sodio generalmente tenían la TA más alta que los que no lo hicieron.

Otro estudio de la misma población (2) fue aún más lejos. Encontró que las personas que consumían más de 7 gr de sodio/día tenían una probabilidad significativamente mayor de morir que las personas que comían 3-6



gramos/día. Las personas que consumen gran cantidad de Na tuvieron mayores tasas de IAM, ICC y ACV.

¡Estos resultados confirman que las personas que comen demasiada sal deben comer menos!

Ok bajar la cantidad pero, ¿cuánto es más bajo?

El problema con la forma en que respondemos a la información, es que a menudo corremos demasiado lejos y demasiado rápido en la otra dirección.

La FDA puso un límite inferior en 2.3 gramos/día.

La OMS dijo 2 gramos. La Asociación Americana del Corazón va aún más allá y recomienda no más de 1,5 gramos.

Como ves hay muy poco fundamento para esta creencia.

El estudio (2) del New England además de mirar a las dietas altas en sodio, comparó los resultados de salud de los que tenían dietas muy bajas en sodio. Lo que encontraron fue preocupante. En comparación con los que consumían 3-6 gramos por día, las personas que consumían menos de 3 gramos de sodio/día tenían un riesgo aún mayor de muerte o incidentes cv que los que consumían más de 7 gramos por día.

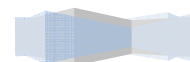
Este resultado sería sorprendente si no revisamos lo que se publicó en años previos. En 2011, un estudio del Journal of the American Medical Association (3) siguió a 3.681 personas durante casi una década. Ellos también encontraron que la ingesta excesiva de sal se asociaba con TA alta, pero también encontraron que una dieta baja en sodio se asociaba con mayor mortalidad por causas cardiovasculares.

¿Por qué los expertos y las organizaciones sienten la necesidad de ir de un extremo al otro? No está claro, pero por desgracia es algo que hacemos muy a menudo en la medicina.

(1) <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1311989>

(2) <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1311889...>

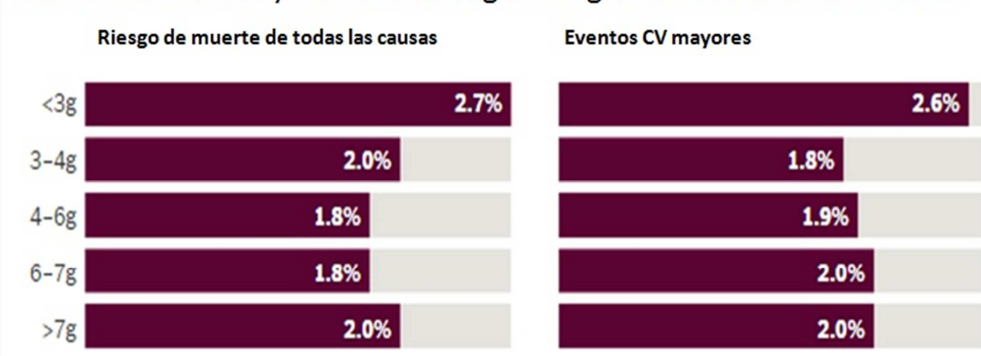
(3) <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=899663>





**Ingesta de baja y alta cantidad de sal y riesgo de muerte**  
 Un estudio de más de 100.000 personas halló que la excreción de sodio urinario bajo y alto (que está asociado a lo que comemos) aumentaba el riesgo de muerte y enfermedad cardiovascular

Tasa de mortalidad y eventos CV según los gramos excretados de sodio

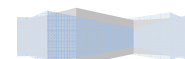


## El tratamiento de la hipertensión en pacientes coronarios.

Publicado el 4 de agosto 2015

Guía patrocinada por la Asociación Americana del Corazón, el Colegio Americano de Cardiología y la Sociedad Americana de HTA (actualizada), el foco se ha alejado de "*tan bajo como sea posible*", con un consenso de TA <140/90 mm Hg como meta.

- Para la prevención secundaria de pacientes con enfermedades concomitantes subyacentes, NO todas las clases de drogas han sido demostradas óptimas o beneficiosas.
- Un objetivo de TA <130/80 mm Hg puede ser apropiado en algunos individuos con EC, IAM previo, ACV o TIA.
- Para los pacientes mayores de 80, el objetivo debe ser 150/90 mm Hg.
- En pacientes con EC con TA diastólica elevada y con evidencia de isquemia miocárdica, se debe bajar la TA LENTAMENTE, y en pacientes con DBT o > de 60 años no bajarla < 60 mm Hg.
- Los pacientes con HTA y angor crónico estable deben recibir  $\beta$  bloqueantes, IECA o tiazidas. Si los  $\beta$  bloqueantes están contraindicados o causan efectos



secundarios intolerables, los pacientes sin IC izquierda pueden recibir un bloqueante cálcico.

- En los pacientes con EC y sin contraindicaciones para los  $\beta$  bloqueantes, la terapia inicial debe incluir uno de acción corta o selectiva en el plazo de 24 horas de la presentación.
- En pacientes con EC e HTA, considerará nitratos para bajar la TA y tratar la isquemia. Añadir un IECA para los pacientes con un IAM anterior, ICC, o diabetes.
- Para los pacientes con EC que tienen insuficiencia cardíaca, los diuréticos de asa pueden agregarse a las tiazidas.
- Los pacientes con HTA e ICC deben recibir IECA o ARA II,  $\beta$  bloqueantes, antialdosterónicos o tiazidas para bajar la TA.

En estos pacientes es importante el control de volumen (ingesta y peso). Evitar bloqueantes cálcicos. Los AINEs deben ser utilizados con precaución en pacientes con ICC.

J Am Coll Cardiol 2015 12 de mayo

---

## **Mitos de la HTA (I): "...Cuando a mi me duele la cabeza es porque tengo la presión alta..."**

Publicado el 5 septiembre 2015

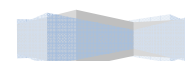
El mito de los dolores de cabeza sintomáticos

La mejor evidencia indica que la presión arterial alta **NO** causa dolores de cabeza, excepto tal vez en el caso de una crisis hipertensiva (Sist >180 o Diast >110).

A principios de 1900, se asumió que los dolores de cabeza eran más comunes entre las personas con presión arterial alta. Sin embargo, la investigación sobre el tema nunca concluyó esto.

Es más, las personas con TA alta parecen tener significativamente menos cefaleas que la población general.

En un estudio (1), las personas con mayor TA sistólica tuvieron hasta un 40% menos de p de tener cefaleas en comparación con los que tenían TA normal. Los pacientes que tenían una pr de pulso (sist - diast) mayor tuvieron hasta



un 50% menos de dolores de cabeza. La hipótesis es que cuanto mayor sea la presión del pulso, más rígidos están los vasos sanguíneos y así las terminaciones nerviosas funcionan peor por lo que seguramente tendrán menos dolor.

Por lo tanto, los dolores de cabeza o la falta de ellos no son indicadores fiables de la presión arterial.

(1) <http://jnnp.bmj.com/content/72/4/431.full>

---

### **Mitos de la HTA (II): "... Me sangró la nariz, vino el médico de la ambulancia y me dijo que tenía la presión alta, que me la controlase..."**

Publicado el 6 septiembre 2015

El mito de las hemorragias nasales sintomáticas

Excepto con la hipertensión maligna, las hemorragias nasales no son un indicador fiable de la HTA. En un estudio, el 17% de las personas tratadas en la guardia por HTA en el hospital tenían hemorragias nasales. Sin embargo, el 83% informó que no hubo tales síntomas.

A pesar de que también se ha observado que algunas personas en las primeras etapas de su HTA pueden tener más hemorragias nasales que de costumbre, hay otras explicaciones posibles.

El factor más común es el aire seco (poca humedad) ya sea ambiental o generada por aire acondicionado.

Otras causas incluyen sonarse vigorosamente la nariz; alergias, resfriados, sinusitis o desviación del tabique; y por supuesto analgésicos o aspirina.

---

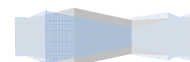
### **Mitos de la HTA (III): "...mi hija me dijo que tenía todo el ojo lleno de sangre y pensé que era por la presión..."**

Publicado el 7 septiembre 2015

El mito de las hemorragias subconjuntivales.

Una hemorragia subconjuntival puede preocupar, pero por lo general es una condición inofensiva que desaparece en una semana.

---



La hemorragia subconjuntival ocurre a menudo sin ningún daño evidente para el ojo, o puede ser el resultado de un estornudo o tos fuerte que causó una ruptura de un vaso pequeño. Hay que tranquilizar al paciente, avisarle que no debe causar ningún cambio en su visión, no habrá secreción ni dolor ocular (a veces puede sentir algo de prurito) y que no necesita ningún tratamiento específico el ojo y no hay dolor.

---

### **¿En cuál de los siguientes escenarios es probable que sea poco útil el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA)?**

Publicado el 1 de noviembre 2015

- a. Pacientes con sospecha de hipertensión de guardapolvo blanco.
- b. Pacientes con PA sistólica elevada persistentemente en el consultorio como en mediciones en el hogar.
- c. Ancianos con sospecha de hipotensión ortostática o síncope.
- d. Pacientes con hipertensión resistente.

RESPUESTA: b.

Es poco útil cuando no hay discrepancias entre las cifras de consultorio y las del hogar.

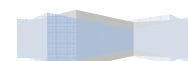
Recomendaciones del MAPA (o holter de 24 hs)

Clase I, Nivel de evidencia A

- Sospecha de hipertensión de guardapolvo blanco
- Sospecha de hipertensión enmascarada u oculta

Recomendación de Clase I, Nivel de evidencia B

- Diagnóstico de hipertensión arterial con PA limítrofe
- Diagnóstico de hipertensión refractaria
- Sospecha de ausencia de descenso nocturno de la PA
- Discrepancias entre las mediciones del consultorio y el domicilio
- Episodios de hipotensión (especialmente en ancianos o diabéticos)
- Disfunción autonómica
- Progresión o falta de regresión de daño de órgano blanco
- Embarazadas con sospecha de hipertensión gestacional o preeclampsia



Recomendación de Clase I, Nivel de evidencia C

- Diagnóstico de hipertensión arterial en HTA nivel 1 en consultorio

Recomendación de Clase IIa, Nivel de evidencia A

- Para evaluar la respuesta terapéutica.
- 

## El estudio SPRINT

Publicado el 11 y 12 de noviembre 2015

El estudio Sprint ha sacudido algunos de los supuestos básicos sobre el tratamiento de la HTA.

El ensayo encontró que la reducción de la TA sistólica de los niveles recomendados en la actualidad: de 140/150 a menos de 120 podría prevenir IAM, ACV y disminuir la mortalidad.

El estudio es notable y tiene muchos matices.

Hay tres cosas que tenés que saber:

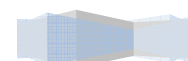
1) Los resultados no deben considerarse un mandato para que la gente sea tratada hasta alcanzar una TA por debajo de 120.

El Sprint incluyó a personas  $\geq 50$  años que tenían una TA sist alta: entre 130 y 180. El estudio excluyó a DBT o los que habían sufrido un ACV.

Así que los resultados se aplica sólo a una fracción de las personas que ya están siendo tratadas para la HTA y un grupo más pequeño de otros. De los que ya están recibiendo tratamiento para la HTA, 1 de c/6 habría sido elegible. Lo que también significa que 5 de 6 personas que ya están siendo tratadas por su HTA NO hubieran sido incluidas en este estudio.

2) Otro aspecto importante del estudio fue que la TA se midió con los pacientes sentados en una zona tranquila durante 5', con ningún médico presente, utilizando un tensiómetro digital que tuvo 3 lecturas. Con este enfoque las mediciones de TA tienden a ser más bajas que las mediciones habituales en el consultorio.

3) Si tenés pacientes de 50 años o más, con una TA sist entre 130 y 180 (medida como en el estudio), y pacientes de 75 años o más saludables o pacientes que tengan un alto riesgo de ACV o enf cardíaca o renal tenés una nueva opción a considerar.



Para las muchas personas tratadas para la presión arterial que no se han clasificado para este estudio, incluyendo aquellos con DBT, no está claro que deban hacer algo diferente.

Un estilo de vida saludable disminución de la sal, actividad física diaria, sueño adecuado y control de peso siguen siendo los principios de evitar la HTA.

### **Daños**

Los beneficios potenciales de reducir la TA deben verse en relación a los daños.

Necesitás tratar 200 personas por año para evitar 1 evento (IAM o ACV)  
y

Necesitás tratar 300 personas por año para evitar 1 muerte.

Como era de esperar, tomar más medicamentos para lograr una TA más baja causará más daño.

Las personas que fueron tratados con mayor intensidad también experimentaron más eventos fatales o eventos que amenazaban su vida: severa hipotensión y síncope.

Una sorpresa de este estudio fue que el tratamiento intensivo también podría aumentar el riesgo de insuficiencia renal. Durante los 3,3 años de seguimiento:

Por cada **100 personas tratadas para lograr la TA más baja:**

→ 1 sufrió una condición que amenazó la vida por estar hipotensa.

→ 1 se desmayó

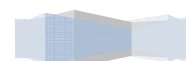
→ 2 tuvieron problemas renales graves.

**El estudio abre una nueva opción para el tratamiento, PERO NO ES PARA TODOS.** Es una elección que vale la pena reflexionar.

Los hallazgos del estudio deben conducir a una discusión antes de recetar nuevos medicamentos.

También puede depender de la facilidad con que se pueda reducir la presión arterial: Algunas personas requieren un buen número de fármacos para lograr niveles más bajos.

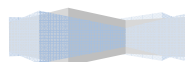
Algunas personas podrían tener una menor probabilidad de beneficio y un mayor riesgo de efectos adversos al adicionar más medicamentos, especialmente cuando se toman cuatro o más medicamentos, o si son



mayores.

Necesitamos más información sobre el balance de riesgos y beneficios para cada persona por lo que la elección se puede personalizar.

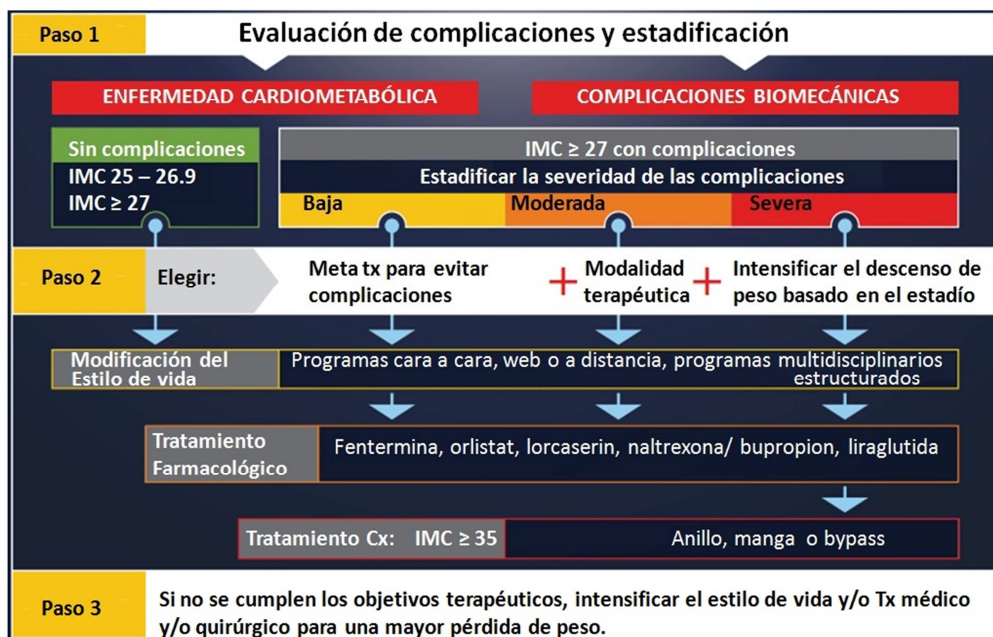
---



# Diabetes

## Algoritmo de manejo de DBT de la Asociación Americana de Endocrinología y Asociación Americana de DBT.

Publicado el 13 de abril 2015



<https://www.aace.com/files/dm-guidelines-ccp.pdf>

## Incidencia de DBT en los que toman estatinas

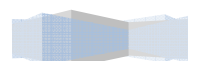
Publicado el 2 de junio 2015

Hace 2 años lo publicábamos pero cada vez son más personas las que los toman.

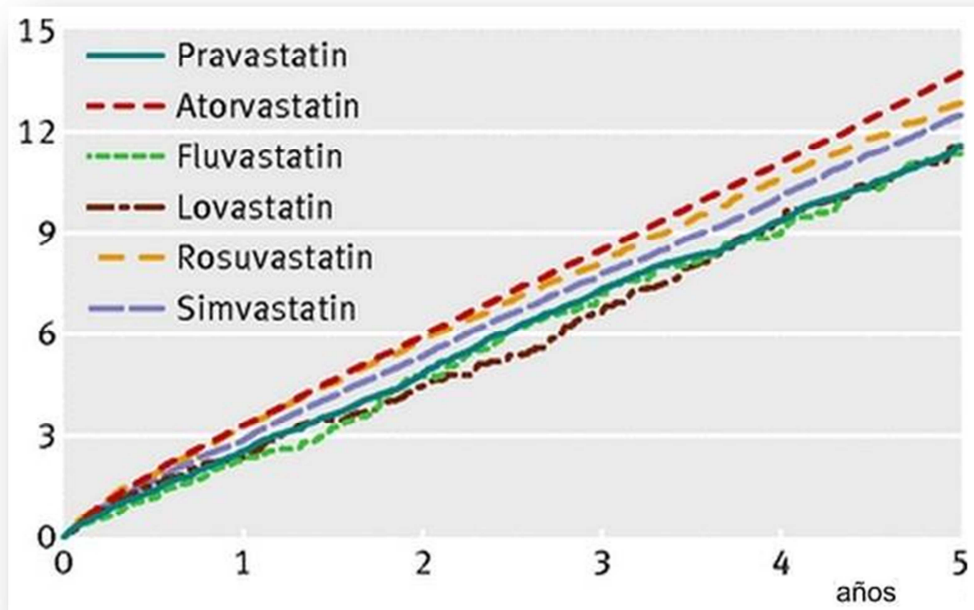
¡Cuidado!

Muchas personas **no** se beneficiarán tanto por tomarlas.

La actividad física y la dieta son más eficaces que los comprimidos.







<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2610.long>

## La DBT, aún un misterio...

Publicado el 24 de septiembre 2015

¿Estarías de acuerdo con estos enunciados?

\*La DBT 2 es un síndrome común en el que los niveles de glucosa en sangre aumentan inexorablemente con el tiempo debido a una combinación de resistencia a la insulina y agotamiento de las células beta.

\* Esto lleva a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares importantes.

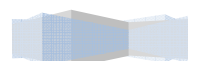
\* La solución hasta ahora se centra en seguir una mejor calidad de dieta y más actividad física.

Probablemente sí!

Todo esto parece estar confirmado por una nueva revisión sistemática (1) donde combinan Dieta y Programas de Promoción de la actividad física para prevenir la DBT tipo 2 en personas con mayor riesgo. "

Conclusión: los programas de dieta combinada y promoción de la actividad física son EFICACES EN LA DISMINUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE DIABETES Y EL MEJORAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN LAS PERSONAS CON MAYOR RIESGO.

¿Pero eficaces en qué?



Si vas a la sección sobre los resultados cardiovasculares (impedir un ACV, un IAM o arteriopatía periférica), NINGÚN trabajo del meta-análisis prueba que haya reducción de los mismos.

NO es el control de la glucemia la clave...

Quizás corregir la glucemia es lo que sabemos y aprendimos pero... ¡Seguro que está pasando por otras situaciones que desconocemos!

(1) <http://annals.org/article.aspx?articleid=2395729#tab10Div>

---

## **Pasos para la insulinización.**

Publicado el 7 de octubre 2015

Les pasamos las conclusiones del ECCO del viernes 25/09:

¡Qué lo aprovechen!

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

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

Luego:

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

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

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

Antes de las Comidas

- Se puede usar régimen mixto (basal y rápida premezcla) 70/30 en dos veces diarias antes de las principales comidas en pacientes con rutinas estables.

- Insulina rápida o corriente: del total dividir en tres partes antes de tres comidas (ej. Desayuno, almuerzo y cena).

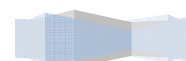
---

## **El auto monitoreo de glucemia.**

Publicado el 21 de noviembre 2015

Algunos países que se sumaron a la campaña Choosing Wisely (Elección Sabia) han desatado la polémica al sugerir que en pacientes con DBT II no se

---



aconseja de rutina el auto monitoreo ya que es confuso, impreciso y potencialmente peligroso.

La recomendación se basa en el AM no estructurado (aquél que hacen las personas por su cuenta), que no es efectivo para las personas con DBT II, y en el AM estructurado, que puede ser útil en algunos casos.

El AM estructurado, implica controles de glucemia significativos en los tiempos establecidos que permitan generar un patrón de más de 3 días, Los resultados del estudio STeP (1) sugieren que el AM no tiene, como tal, una respuesta relacionada con la dosis. La única conclusión que extrae es que cada vez se necesitan menos cantidad de pinchazos.

El protocolo sugiere que una persona con DBT2 no insulinizada que utiliza el AM estructurado podría utilizar tan sólo 84 tiras reactivas/año (esto es, 21 tiras 1 semana antes de cada visita trimestral al médico de familia).

El estudio STeP no agrega evidencia relevante acerca de si un paciente debe usar el AM.

No hay ninguna rama de personas sin AM que permita utilizar este estudio como un elemento de cambio de paradigma y que contrarreste la evidencia de nivel I que tenemos sobre el AM.

Una revisión Cochrane, no ha mostrado ningún beneficio real en cuanto a la satisfacción de los pacientes o mejora de los niveles de HgbA1c.

El Choosing Wisely esboza excepciones en las que el AM podría ser útil, por ej, durante enfermedades intercurrentes.

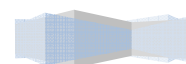
(1) Polonsky WH, Fisher L, Schikman CH, et al. Structured self-monitoring of blood glucose significantly reduces A1C levels in poorly controlled, non-insulin-treated type 2 diabetes. Diabetes Care 2011; 34: 262-267.

---

## **Cuidate y tomá los medicamentos o perderás los ojos y las piernas.**

Publicado el 22 de noviembre 2015

La DBT es la causa más común de ceguera y amputación de miembros en los países desarrollados. La prevalencia de la DBT está aumentando en los países desarrollados.



Pero así todo la ceguera y amputación de extremidades son complicaciones poco frecuentes de la DBT. Pensá cuántos pacientes DBT tenés y cuántos terminaron con ceguera y/o amputación, habrá que recurrir a tu memoria de varios años para encontrar alguno. Siempre el tema es poblacional frente al beneficio individual.

Para disminuir el riesgo de la población de ceguera y amputación, tendremos que controlar la diabetes mejor, aunque como (cada vez más) sabemos, el control de glucemia ES SÓLO UNA PEQUEÑA PARTE DE ESO, Y HAY MUCHAS COSAS QUE NO ENTENDEMOS.

Para reducir el riesgo de un individuo de ceguera o amputación, precisamos que un paciente tome varios medicamentos que reduzcan un pequeño riesgo de ocurrencia de tales eventos.

Lo mismo pasa con el control de la TA. Hay que aceptar que hemos sido tradicionalmente muy arrogantes en la forma en que hemos transmitido estos riesgos a las personas.

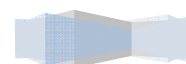
Hemos medido la TA con el siguiente aviso: "...Creo que usted debe tomar esta medicación... No queremos que tenga un ACV...", sin especificar el riesgo real de ocurrencia del ACV. Y todos hemos utilizado el mismo lenguaje catástrofe para mejorar (?) el "cumplimiento" de las personas con diagnóstico reciente de DBT.

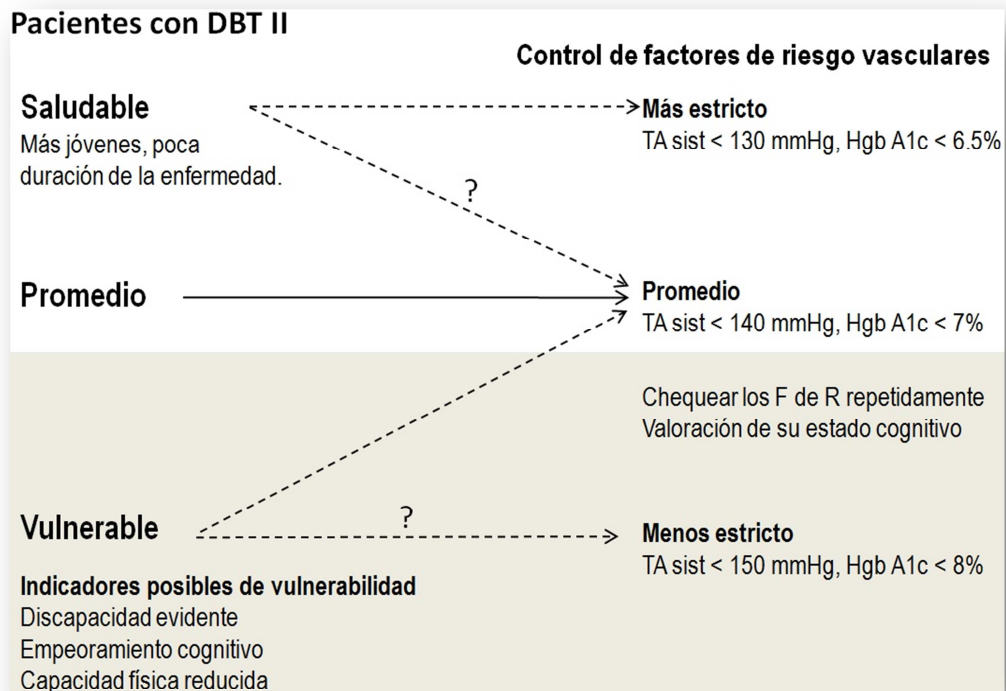
A muchos de ellos les hemos transmitido una ansiedad paralizante y en la gran mayoría nunca van a sufrir estos resultados.

---

## **Control de F de R en pacientes ancianos con DBT.**

Publicado el 2 de noviembre 2015

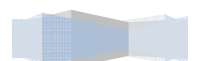


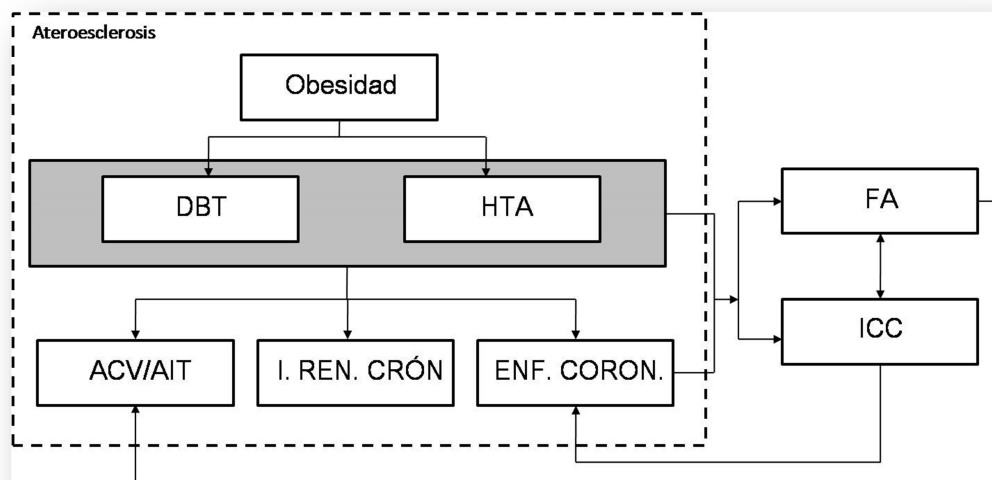


[http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2466630&utm\\_source=TWITTER&utm\\_medium=social\\_jn&utm\\_term=261743451&utm\\_content=%7Carticle\\_engagem ent&utm\\_campaign=article\\_alert&linkId=18174376](http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2466630&utm_source=TWITTER&utm_medium=social_jn&utm_term=261743451&utm_content=%7Carticle_engagem ent&utm_campaign=article_alert&linkId=18174376)

## Enfermedades concordantes: Un enfoque para el manejo de pacientes DBT.

Publicado el 4 de diciembre 2015





Un estudio de seguimiento e intervención sobre enfermedades que comparten el mismo perfil de riesgo fisiopatológico de DBT fue publicado (1). Aquí un interesante gráfico sobre las interacciones que tomaron.

(1) <http://www.annfammed.org/content/13/6/514.full.pdf+html>

### Cuidado con los nuevos hipoglucemiantes.

Publicado el 9 de diciembre 2015

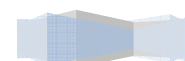
Hace poco se aprobó en nuestro país el uso de la Dapaglifozina (1). El 4/12 salió una advertencia de la FDA sobre el uso de este tipo de medicamentos inhibidores de SGLT2 (cotransportador-2 de sodio-glucosa) sobre riesgos de cetoacidosis, infecciones del tracto urinario, y otras enfermedades graves.

Más de 70 casos de cetoacidosis se han informado a la agencia, así como 19 casos de urosepsis y pielonefritis "que amenazan la vida".

Los 19 casos de infecciones graves del tracto urinario se produjeron en los pacientes tratados con canaglifozina o dapaglifozina.

Aunque ninguno fue fatal, 4 pacientes necesitaron un tratamiento de cuidados intensivos y todos fueron hospitalizados.

Las drogas causan glucosuria y reducción de los niveles en sangre.



La agencia había emitido una advertencia previa mayo sobre cetoacidosis con estos fármacos, que también incluyen productos combinados (en el que se añaden metformina o linagliptina).

La mediana de tiempo entre el inicio del tratamiento con inhibidores de SGLT2 y la aparición de cetoacidosis fue de 43 días (rango de 1 día a 1 año).

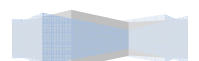
La dosis no parece estar relacionada con el riesgo de cetoacidosis.

La revisión identificó algunos otros factores de riesgo potenciales. Estos incluyen:

- \* Infección.
- \* Dieta baja en H de C o reducción de la ingesta calórica global.
- \* Reducción o interrupción del tratamiento con insulina.
- \* Consumo de alcohol.

La FDA recomienda que los médicos consideren estos factores de riesgo antes de recetar inhibidores de SGLT2 y que los pacientes que toman estos agentes y que se quejan de síntomas compatibles con cetoacidosis ser evaluados formalmente. La agencia también dijo que las drogas deberían ser detenidos si se sospecha de cetoacidosis.

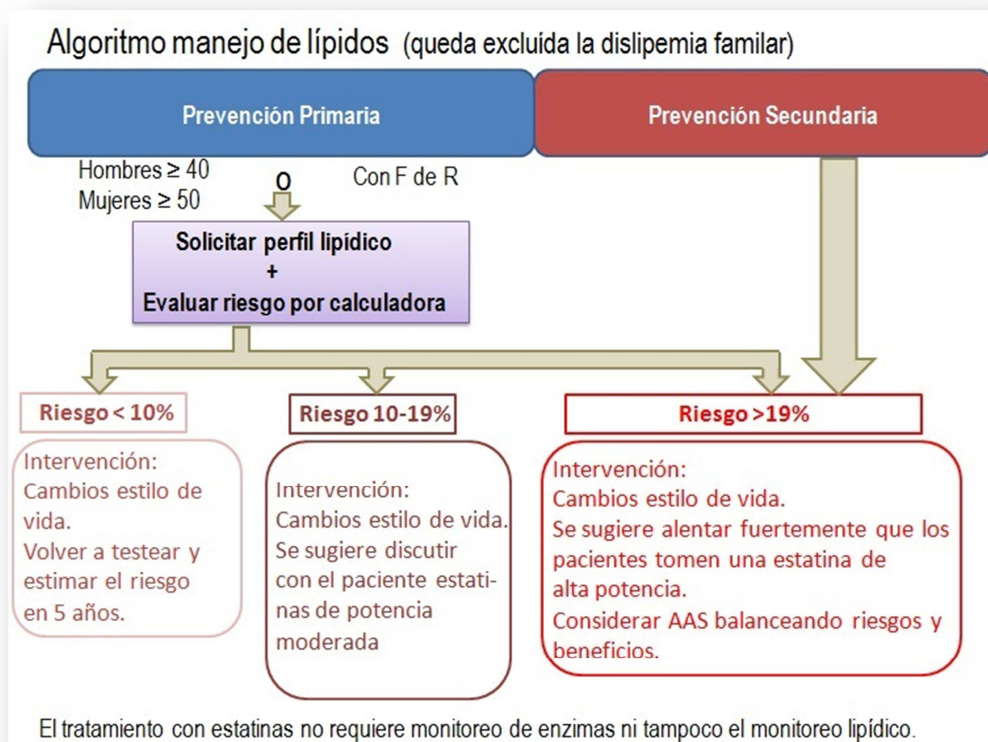
(1) <http://miradaprofesional.com/ampliarpagina.php...>



# Dislipemias

## Un algoritmo canadiense sobre dislipemia.

Publicado el 13 de abril 2015

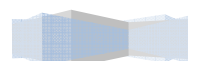


[http://www.topalbertadoctors.org/download/1654/Lipid%20Pathway%20Summary.pdf?\\_20150417142312](http://www.topalbertadoctors.org/download/1654/Lipid%20Pathway%20Summary.pdf?_20150417142312)

## Las grasas trans son lo peor.

Publicado el 26 de octubre 2015

Las grasas trans se desarrollaron a principios del 1900 por Wilhelm Normann, un químico alemán que patentó un proceso que utiliza el gas hidrógeno para convertir aceites vegetales líquidos en sólidos. Este proceso, llamado hidrogenación, entolecía la degradación del aceite.

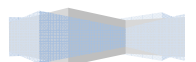




En 1911 se descubrió la primera manteca parcialmente hidrogenada: la margarina. Con los años, la industria alimentaria encontró cientos de usos para los aceites parcialmente hidrogenados, fundamentalmente en galletitas y los aceites utilizados para freír en restaurantes de comida rápida.

Las grasas trans aumentan la cantidad de VLDL en sangre y disminuye la cantidad de HDL-c.

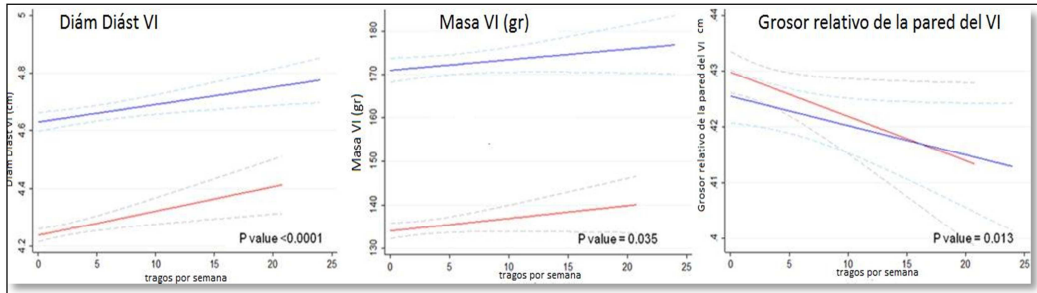
La FDA dictaminó que los aceites parcialmente hidrogenados (que son la principal fuente de grasas trans) ya no son "reconocidos como seguros" y tienen hasta el 2018 fecha que no podrán utilizarlos más.



# Tabaquismo y otras adicciones

## Efectos del alcohol sobre el miocardio en pacientes mayores de 70 años.

Preguntar cuánto toma es importante en esa franja etaria.



<http://circimaging.ahajournals.org/content/8/6/e002846.abstract>

## ¡Qué difícil es dejar de fumar!

Publicado el 20 de agosto 2015

El 90% de personas fumadores recibirían U\$S 800 si dejaban; sólo el 7% tuvo éxito!

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414293...>

## Los médicos de atención primaria preguntamos más por el cigarrillo que por el consumo de alcohol.

Publicado el 18 de Noviembre 2015

Aquí los países que más consumen alcohol en Latinoamérica

(datos de la OMS) en lts de alcohol puro per cápita:

**Chile:** 9,6 litros

**Argentina:** 9,3 litros

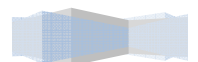
**Venezuela:** 8,9 litros

**Paraguay** 8,8 litros

**Brasil** 8,7

**Perú** 8,1

**Panamá** 8



**Uruguay** 7,6

**Ecuador** 7,2

**México** 7,2

**República Dominicana** 6,9

**Colombia** 6,2

**Bolivia** 5,9

**Costa Rica** 5,4

**Cuba** 5,2

**Nicaragua** 5

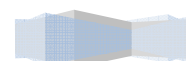
**Honduras** 4

**Guatemala** 3,8

**El Salvador** 3,2

¡Hay que preguntar más sobre el consumo de alcohol!

---



# Problemas cardiovasculares

---

## Drogas para la ICC

Publicado el 14 de marzo 2015

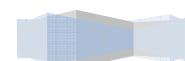
| <b>Drogas para la ICC</b> |                            |                                   |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| <b>IECA</b>               | <b>Dosis inicial usual</b> | <b>Dosis Máxima</b>               |
| Enalapril                 | 2.5 mg x 2                 | 20 mg x 2                         |
| Lisinopril                | 2.5-5 mg x 2               | 40 mg una vez al día              |
| Perindopril               | 2 mg x 1                   | 16 mg x 1                         |
| <b>ARA II</b>             |                            |                                   |
| Candesartan               | 4-8 mg x 1                 | 80 mg x 1                         |
| Losarán                   | 25-50 mg x 1               | 150 mg x 1                        |
| <b>β bloq</b>             |                            |                                   |
| Bisoprolol                | 1,25 mg x 1                | 10 mg x 1                         |
| Carvedilol                | 3,125 mg x 2               | 25 mg x 2                         |
| Metoprolol                | 12,5 - 25 x 1              | 200 mg x 1                        |
| <b>Antag aldosterona</b>  |                            |                                   |
| Eplerenona                | 25 mg x 1                  | 50 mg x 1                         |
| Espironolactona           | 12,5 - 25 mg x 1           | 200 mg x 1                        |
| <b>Vasodilatadores</b>    |                            |                                   |
| Dinitrato de isosorbide   | 20 mg x 3                  | 40 mg x 3                         |
| <b>Diuréticos de asa</b>  |                            |                                   |
| Furosemida                | 10-20 x 1 o x 2            | 200 mgx 1 o fraccionada           |
| <b>Digital</b>            |                            |                                   |
| Digoxina                  | 0.125 x 1                  | 0.125-0.25 mg x 1 o dia por medio |

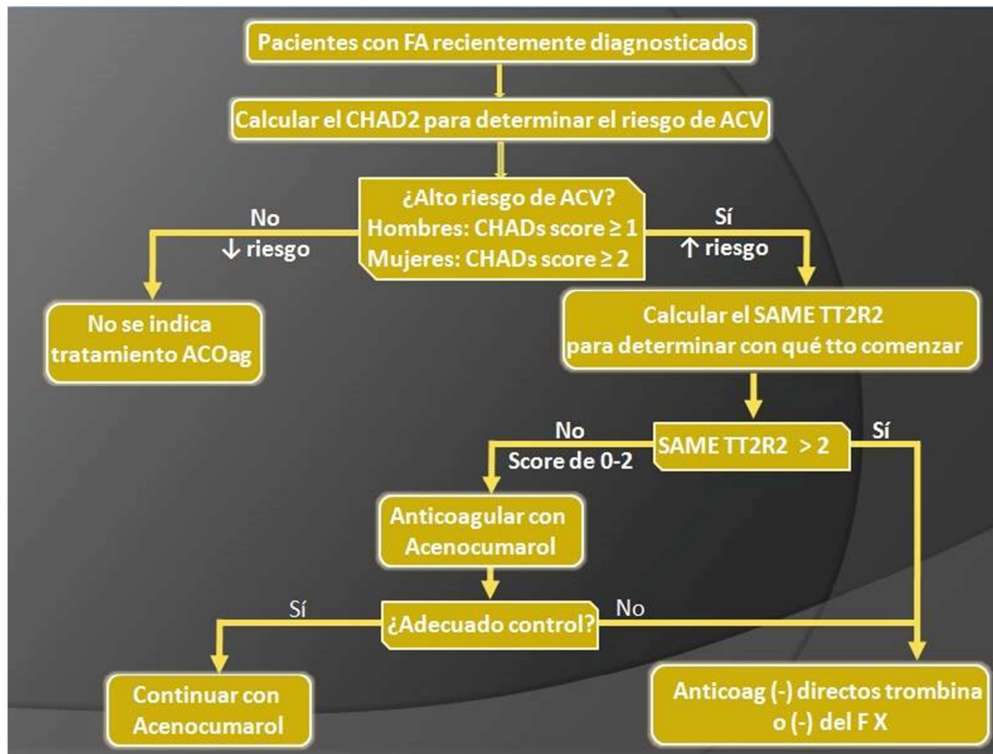
---

## Anticoagulación en la FA

Publicado el 24 de mayo 2015

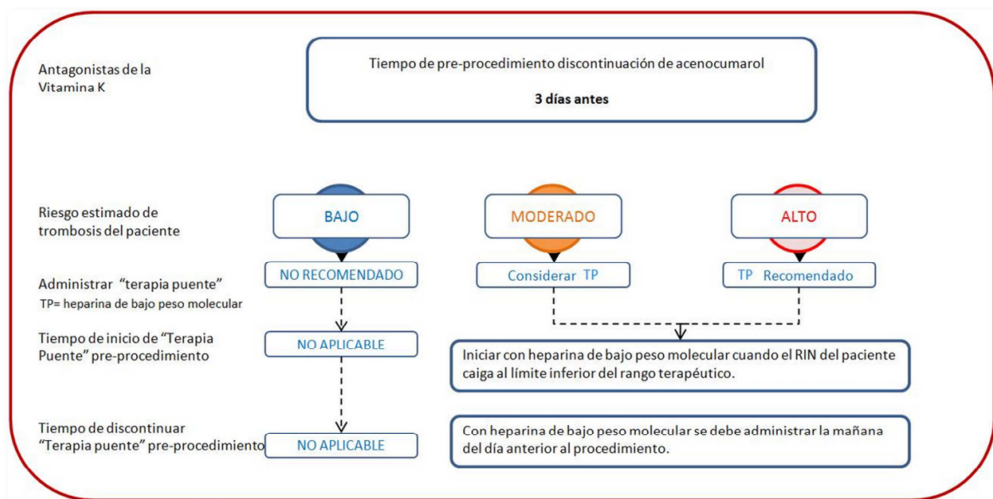
La semana pasada el JAMA publicó una revisión sobre anticoagulación en la FA. Aquí las novedades:



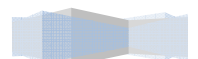


## Anticoagulación en el período periprocedimiento

Publicado el 23 de julio 2015



<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h2391>



## Fibrilación Auricular

Publicado el 26 de julio 2015

La FA se clasifica en

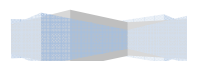
- a. **FA paroxística** resuelve espontáneamente dentro de los 7 días del inicio.
- b. **FA persistente** dura más de 7 días.
- c. **FA persistente prolongada** dura más de 12 meses.
- d. **FA permanente** se produce cuando el paciente o el médico deciden no buscar la restauración y el mantenimiento del ritmo sinusal.

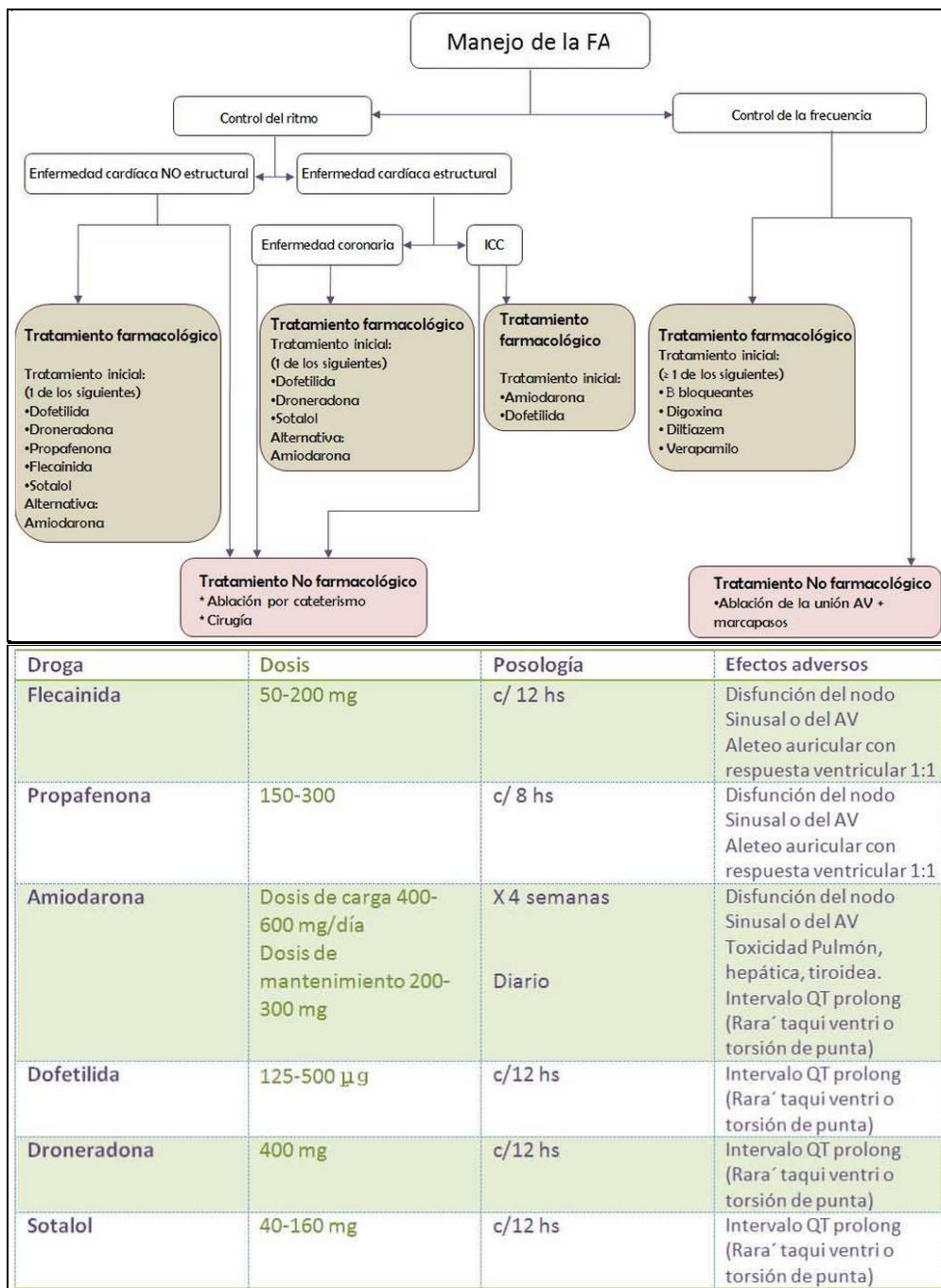
La fibrilación auricular puede ser asintomática, especialmente en las personas de edad avanzada ( $\geq 65$  años de edad). Cuando se presentan síntomas, comprenden:

- Palpitaciones (a menudo expresadas como un aleteo o una sensación incómoda en el pecho)
- Dificultad para respirar
- Fatiga, Mareos y síncope.

La fibrilación auricular se asocia con morbilidad y mayor riesgo de muerte por ACV y su riesgo está asociado a varios factores clínicos resumidos por el sistema de puntuación CHADS2-VASc (ICC, HTA, edad  $\geq 75$  años, DBT, ACV o AIT, enf vascular, edad de 65 a 74 años y sexo femenino)

Los pacientes que experimentan respuestas ventriculares rápidas persistentes pueden desarrollar miocardiopatía. Sin embargo, la función ventricular puede mejorar a niveles normales después de controlado el ritmo. Esta miocardiopatía puede durar de 6 meses a 6 años (media de 2 años).

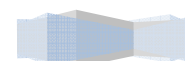




<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2397839>

## El tratamiento de la hipertensión en pacientes coronarios.

Publicado el 4 de agosto 2015

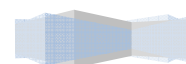


Guía patrocinada por la Asociación Americana del Corazón, el Colegio Americano de Cardiología y la Sociedad Americana de HTA (actualizada), el foco se ha alejado de "tan bajo como sea posible", con un consenso de TA <140/90 mm Hg como meta.

- Para la prevención secundaria de pacientes con enfermedades concomitantes subyacentes, NO todas las clases de drogas han sido demostradas óptimas o beneficiosas.
  - Un objetivo de TA <130/80 mm Hg puede ser apropiado en algunos individuos con EC, IAM previo, ACV o TIA.
  - Para los pacientes mayores de 80, el objetivo debe ser 150/90 mm Hg.
  - En pacientes con EC con TA diastólica elevada y con evidencia de isquemia miocárdica, se debe bajar la TA LENTAMENTE, y en pacientes con DBT o > de 60 años no bajarla < 60 mm Hg.
  - Los pacientes con HTA y angor crónico estable deben recibir  $\beta$  bloqueantes, IECA o tiazidas. Si los  $\beta$  bloqueantes están contraindicados o causan efectos secundarios intolerables, los pacientes sin IC izquierda pueden recibir un bloqueante cálcico.
  - En los pacientes con EC y sin contraindicaciones para los  $\beta$  bloqueantes, la terapia inicial debe incluir uno de acción corta o selectiva en el plazo de 24 horas de la presentación.
  - En pacientes con EC e HTA, considerará nitratos para bajar la TA y tratar la isquemia. Añadir un IECA para los pacientes con un IAM anterior, ICC, o diabetes.
  - Para los pacientes con EC que tienen insuficiencia cardíaca, los diuréticos de asa pueden agregarse a las tiazidas.
  - Los pacientes con HTA e ICC deben recibir IECA o ARA II,  $\beta$  bloqueantes, antialdosterónicos o tiazidas para bajar la TA.
- En estos pacientes es importante el control de volumen (ingesta y peso). Evitar bloqueantes cálcicos. Los AINEs deben ser utilizados con precaución en pacientes con ICC.

J Am Coll Cardiol 2015 12 de mayo

---





## **AIT**

Publicado entre el 10 y el 12 de agosto 2015

### **Hacer el diagnóstico**

#### **Poco probable que sea AIT:**

- \* Síntomas que duran unos segundos.
- \* Recurrentes.
- \* Estereotipados.
- \* Eventos frecuentes.

#### **Condiciones que imitan AIT:**

- \* Convulsiones
- \* sepsis
- \* delirio
- \* hipo e hiperglucemia
- \* migraña
- \* lesiones ocupantes
- \* trastornos funcionales.

### **Síntomas y signos**

#### **Territorio carotídeo:**

- \* Paresia unilateral o adormecimiento de MS o inf
- \* Alteraciones del habla
- \* Defectos visuales, como hemianopsia o amaurosis fugaz.

#### **Territorio vertebrobasilar:**

Ataxia

Disartria

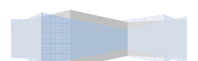
Diplopía

Pérdida visual bilateral

Defectos visuales: hemianopsia.

El vértigo aislado, síncope o amnesia rara vez es causado por un AIT.

**La puntuación ABCD2 ofrece orientación sobre el riesgo de ACV**



| Escala ABCD <sup>2</sup> |           |                  |                                           |                     |                   |
|--------------------------|-----------|------------------|-------------------------------------------|---------------------|-------------------|
|                          | Edad      | Presión arterial | Características clínicas                  | Duración            | Diabetes          |
| <b>0 puntos</b>          | < 60 años | normal           | ninguno de los mencionados abajo          | Menos de 10 minutos | sin diabetes      |
| <b>1 punto</b>           | ≥60 años  | mayor de ≥140/90 | alteración del lenguaje sin déficit motor | 10 - 59 minutos     | diabetes presente |
| <b>2 puntos</b>          |           |                  | Déficit motor unilateral                  | ≥60 minutos         |                   |

**\* Puntuación 1-3 (bajo riesgo)**

Riesgo al cabo de los 2 días = 1.0%

Riesgo al cabo de 7 días = 1.2%

**\* Puntuación de 4-5 (riesgo moderado)**

Riesgo al cabo de 2 días = 4.1%

Riesgo al cabo de 7 días = 5.9%

**\* Puntuación de 6-7 (riesgo alto)**

Riesgo al cabo de 2 días = 8.1%

Riesgo al cabo de 7 días = 11.7%

**Pacientes con un ABCD<sup>2</sup> > 4 deben evaluarse en menos de 24 horas.**

**Pacientes con un ABCD<sup>2</sup> < 4 deben evaluarse dentro de una semana.**

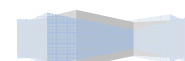
**El estudio es la RMN.**

Si la resonancia magnética no es posible, la TAC puede ser especialmente útil si pensás en hemorragia o lesiones ocupantes.

No es necesario imágenes carotídeas a menos que el cuadro dé para pensar en una estenosis significativa quirúrgica.

**Manejo terapéutico:**

Todos los pacientes deben tener un manejo agresivo de los factores de riesgo.



- **Consejos de estilo de vida saludable.**

Los pacientes en quienes se sospecha un AIT deben ser advertidos de no manejar por el lapso de un mes o hasta una nueva evaluación.

- **Antiplaquetarios**

Aspirina 300 mg/ día: Se debe comenzar mientras están pendientes los estudios. Si bien el AIT puede ser debido a una pequeña hemorragia intracerebral, es poco frecuente y es razonable iniciar con AAS sin imágenes del cerebro.

Las recomendaciones del NICE para el tratamiento antiplaquetario post ACV son:

\* **Clopidogrel** como primera línea después de un AIT.

El estudio CHANCE probó que el doble tratamiento: AAS+ clopidogrel desde el día 1 después de los síntomas al día 90, fue superior a aspirina sola en el ACV menor: Reducción significativa, de 11,7% a 8,2%, en la progresión a un ACV, sin aumento en la tasa de hemorragia.

- **Antihipertensivos**

La meta absoluta de TA debe ser individualizada (control más riguroso en pacientes con diabetes). Los estudios observacionales y ensayos clínicos apoyan la reducción de la TA para la prevención secundaria, independientemente de la TA inicial.

Aunque el régimen óptimo sigue siendo incierto, los datos del ensayo PROGRESS apoyan el uso de diuréticos y la combinación de Diuréticos + IECA.

- Las estatinas, la diabetes, el tabaquismo

Estatinas

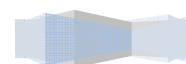
Control estricto de glucemia

No fumar

*¿Endarterectomía carotídea?*

Está indicada en pacientes con AIT o ACV con una estenosis carotídea sintomática (70% a 99%). Si ese es el cuadro, la indicación es que sea realizada tan pronto como sea posible después del AIT.

La evidencia sugiere que en las primeras 12 semanas, el tratamiento



farmacológico es tan eficaz como la cirugía en la prevención de una recurrencia.

#### Anticoagulación

La FA provoca casi el 20% de los ACV isquémicos y de los AIT. La anticoagulación con acenocumarol ha sido el pilar para los pacientes con una puntuación CHAD-VASc > 1.

La aspirina no tiene ningún papel en la prevención del ACV x FA.

---

### No sólo es la troponina

Publicado el 31 de agosto 2015

Mientras más viejo soy, me doy cuenta que el estudio que ha hecho la mayor diferencia diagnóstica a los pacientes desde mi residencia (1986-89) ha sido la troponina cardíaca.

Si pensara que alguien está sufriendo un evento cardíaco agudo en mi consultorio, me aseguraría de que fuera urgente (en los próximos 10 minutos) a la guardia del hospital más cercano.

Las troponinas son relativamente nuevos marcadores bioquímicos de muerte celular miocárdica y su utilidad aún no ha sido del todo explorada.

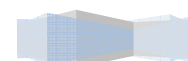
Un nuevo trabajo (1) describe un audaz intento de utilizar las troponinas como marcador para hacer una intervención cardíaca en un grupo de alto riesgo.

Midieron niveles de troponina en 2285 pacientes con DBT 2 y coronariopatía estable, y encontraron que 897 (39,3%) tenían concentraciones anormales de troponina T basales.

Durante 5 años, este grupo mostró el doble de muerte por causas cardiovasculares, IAM o ACV.

Luego aleatorizaron los pacientes con niveles de troponina elevadas (> 14 ng/L) para tener una revascularización inmediata o tratamiento médico máximo.

Los resultados fueron **los mismos** a los que les realizaban stents o cirugías que a los que no!, lo que demuestra una vez más que el ser humano es más complicado que la plomería.



## ¿Qué debés recomendarle a un paciente que se va a hacer una prueba de esfuerzo?

Publicado el 9 de septiembre 2015

1. **No comer antes de la prueba de esfuerzo.** Se debe ir con el estómago vacío para poder correr más tiempo.

Si la misma es a primera hora de la mañana, se recomienda no ingerir nada después de la medianoche. Si la prueba es más tarde en el día, no comer dentro de las 4 a 6 horas.

2. **Saber qué medicamentos tomar.** Se aconseja omitir los beta bloqueantes, ciertos bloqueantes cálcicos, y los nitritos.

La meta es que el ritmo cardíaco se acelere durante el ejercicio. Sin embargo si el paciente usa beta 2 inhalatorios debe llevarlos.

3. **No cafeína.** Por lo menos 24 horas antes de la prueba.

La cafeína aumenta la PA y la frecuencia cardíaca. También aumenta el riesgo de desarrollar una arritmia. Incluye café o té y no comer chocolate. Tampoco el típico Migral para las cefaleas.

4. **Ejercicio previo.** Es cierto que someter al paciente que ha llevado una vida sedentaria por varios meses, no va a funcionar si de cero lo ponés en la cinta. A veces está bueno hacer algo de caminatas antes de que hagan una prueba de esfuerzo.

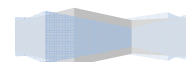
5. **Cuidado con la medicación para la DBT.** No tomar medicamentos antes de la prueba y no omitir una comida antes de la prueba de esfuerzo.

Comer una comida pequeña dentro de las cuatro horas de prueba en los pacientes que usan insulina. Ciertos hipoglucemiantes (no la metformina) puede ser conveniente que los tome después de la prueba.

---

## Sme coronario agudo

Publicado entre el 24 y 26 de octubre 2015



¿Qué causa el síndrome coronario agudo?

Los síndromes coronarios agudos se desencadenan por una laceración o ruptura de una placa de ateroma en la pared arterial coronaria.

Esto estimula una respuesta que causa una obstrucción trombótica en la luz arterial coronaria con

lesión miocárdica isquémica.

En la angina inestable cuando no hay elevación del ST la obstrucción es incompleta, mientras que si hay elevación del ST es porque la obstrucción es completa.

¿Cuál es la definición de síndrome coronario agudo?

III Definición internacional de IAM

a) Aumento o disminución de los niveles de troponina con al menos un valor > al percentilo 99 del límite superior de referencia

b) Más al menos una de las siguientes:

- Síntomas de isquemia.
- Alteración nueva del segmento ST o T: Cambios de polaridad de la onda o nuevo bloqueo de rama izquierda.
- Presencia de ondas Q patológicas.
- Alguna prueba de imagen que detecte pérdida de miocardio viable o anormalidad de movimiento en la pared que antes no existía.
- Identificación de un trombo intracoronario por angiografía.

El IAM es una emergencia médica. La supervivencia está estrechamente relacionada con el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

Si sospechás un IAM fuera del ámbito hospitalario hay que llamar al SAME, que permite acceso a un desfibrilador durante el traslado.

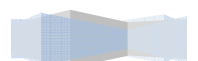
Lo primero, lo primero! (El diagnóstico)

En el centro de atención lo primero es el ECG.

Si se lo hacen en la ambulancia antes de llegar al hospital se acelera el triage. Esto puede aumentar las posibilidades de reperfusión y reducir la mortalidad 30 días.

### **Opción I**

La elevación del ST o el registro de un bloqueo de rama izquierda nuevo hace prácticamente el diagnóstico de IAM con elevación del ST.



### **Opción II**

Si el ECG no es diagnóstico, pero la presentación clínica es típica debe ser admitido a la guardia de inmediato.

### **Opción III**

Si el dolor de pecho es atípico y ECG no es diagnóstico, los niveles de troponina determinarán la admisión.

Las mediciones de troponina, son seriadas: Primera evaluación y 6-9 horas más tarde.

En los pacientes con dolor de pecho, un aumento o disminución de la troponina con al menos un valor por encima del límite de referencia superior confirma el IAM

La llegada de troponina de alta sensibilidad permite umbrales de diagnóstico con niveles mucho más bajos, mejora la sensibilidad a expensas de la especificidad (más F (+)).

Pacientes con angina atípica y sin un aumento de troponina que son rítmicamente y hemodinámicamente estables pueden ir a sus hogares. Un estudio reciente informó que de estas situaciones el evento cardíaco adverso sólo se daba en el 0,2%.

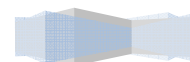
Lo segundo, lo segundo! (El tratamiento)

- a) Opiáceos intravenosos en dosis suficiente para aliviar el dolor de pecho.
- b) AAS carga oral de 300 mg (reduce de forma independiente la mortalidad a 30 días en el síndrome coronario agudo, y mejora aún más los beneficios del tratamiento de reperfusión)
- c) Oxígeno sólo si la saturación es < a 94%.

## **Complicaciones del IAM**

### **Taquiarritmia**

- La fibr auricular es a menudo asintomática y autolimitada, pero si la frecuencia es rápida, puede exacerbar la isquemia y predisponer a la IC.
- Taqui Ventricular sostenida puede causar IC grave o paro cardíaco, mientras que la Fib ventri es la causa más común de salir en el hospital si la cardioversión eléctrica no está disponible.



### **Bradicardia**

- La bradicardia sinusal y el bloqueo AV pueden complicar, pero habitualmente es auto limitante y, a menudo asintomática.
- La fcia a menudo responde a la atropina.
- Cuando tenés un bloqueo AV que avanza complica al IAM anterior que siempre denota extensa lesión miocárdica.

### **IC**

- Refleja extensa lesión miocárdica y es la causa más común de muerte intrahospitalaria.
- El edema pulmonar provoca una intensa deseo y puede progresar a shock cardiogénico se caracteriza por hipotensión, oliguria, y desorientación.
- El tratamiento es con oxígeno y diuréticos de asa.

### **Otras complicaciones**

- La pericarditis (puede confundirse con el dolor isquémico recurrente)
- Ruptura, a menudo de miocardio requiere una cirugía de emergencia si se trata del tabique interventricular o músculo papilar
- Síndrome post IAM: recaídas por pleuropericarditis y aumento de los niveles de marcadores inflamatorios.

### **Tratamiento de prevención secundaria**

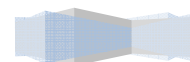
En prevención secundaria, para proteger una recurrencia, las guías recomiendan 5 clases de drogas.

- a) Tratamiento antiplaquetario dual: AAS + Clopidogrel
- b) Beta bloqueantes
- c) IECA o ARA II
- d) Altas dosis de estatinas (80mg de ator diarios o equivalente).

La evidencia de los beta bloqueantes se basa en los primeros ensayos con reducción importante de la mortalidad (con metoprolol), a pesar de que ahora se prefiere los B bloqueantes una vez al día (como el bisoprolol). Tené en cuenta que los ensayos se hicieron en poblaciones con ICC e IAM.

Los beneficios de la supervivencia con los B bloqueantes después de un IAM no parece disminuir en pacientes con EPOC (ya no es una contraindicación).

Si bien hay una tendencia para instaurar el tratamiento dual con AAS +





clopidogrel toda la vida, los estudios sólo probaron eficacia durante los 12 meses. Luego seguir con aspirina como monoterapia.

### **Dejar de fumar, comer sano, bajar de peso**

#### **IAM y Fumar**

- 20% de los pacientes con infarto agudo de miocardio son fumadores actualmente.
  - Entre los pacientes jóvenes ( $\leq 60$  años), el 50% son fumadores actuales.
  - Sólo alrededor del 33% de los fumadores dejan de fumar después del IAM.
  - Los fumadores que dejan de fumar reducen el riesgo de eventos cardíacos adversos mayores en un 40%.
  - Brindar asesoramiento durante un mes o más después del alta aumenta las tasas de abandono en un 60%.
  - Si además agregás terapia de reemplazo nicotínico puede aumentar aún más las posibilidades que deje.
- 

### **Vasospasmo coronario**

Publicado el 5 de noviembre 2015

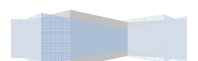
A diferencia de los pacientes con angina típica, estos pacientes característicamente tienen tolerancia normal al ejercicio y sus patrones de dolor tienden a ser cíclicos. La mayoría de los episodios ocurren en las primeras horas de la mañana sin tener en cuenta la carga de trabajo cardíaco. Se trata de VASOESPASMO CORONARIO O ANGINA DE PRINZMETAL. Los pacientes tienen alrededor de 50 años cuando inician los síntomas. La angina variante se cree que es más común en pacientes de sexo femenino, aunque algunos estudios de pronóstico de pacientes con angina variante sugieren una preponderancia masculina.

Un estudio de 2012 de pacientes coreanos mostró que los hombres eran más propensos a desarrollar vasoespasmo coronario en respuesta a acetilcolina intracoronaria. [1]

#### **Pronóstico**

La historia natural de estos pacientes puede implicar una morbilidad

---



significativa, pero la mortalidad es baja en la mayoría de los casos, incluso a largo plazo de seguimiento. Los pacientes a menudo tienen episodios de 3 a 6 meses de ataques recurrentes, angina de reposo, separados por períodos relativamente asintomáticos, con una reducción gradual de los síntomas a largo plazo.

En un estudio de 59 pacientes seguidos durante un promedio de 5,9 años, el 93% experimentó y el 19% sufrieron IAM. Pero no hubo muertes cardíacas. La sobrevida a largo plazo se cree que es buena, sobre todo en pacientes que toleran los bloqueantes cálcicos y no fuman. Los predictores de peor pronóstico incluyen la presencia de aterosclerosis coronaria concomitante, fumar en curso, la intolerancia de los antagonistas del calcio, y el espasmo de múltiples arterias coronarias.

1 Seung-Woon R, Ji YP, Sung KR, et al. TCT-437 The Impact of Gender difference on Angiographic Characteristics During intracoronary acetylcholine provocation test in Korean patients. J Am Coll Cardiol. 2012. 60:

---

## **Manejo de la HTA en pacientes coronarios**

Publicado el 12 de diciembre 2015

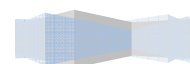
La American Heart Association, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension han publicado una guía (1) para pacientes HTA con enfermedad coronaria

Aquí el resumen

- El objetivo de TA < a 140/90 mm Hg es lo recomendable en la mayoría de los pacientes con hipertensión y enfermedad coronaria.
- Una meta de menos de 130/80 mm Hg es lo deseable en pacientes con un IAM previo, ACV o AIT o equivalentes de riesgo de enfermedad coronaria: Enf carotídea, enfermedad arterial periférica o aneurisma aórtico abdominal.

En los pacientes con enf coronaria (presencia de isquemia miocárdica) y TA diastólica elevada, la TA debe bajar lentamente. Teniendo precaución al bajar la TA diastólica

a menos de 60 mm Hg en pacientes con DBT o mayores de 60 años.



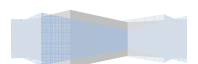
En los pacientes mayores con HTA y con amplias diferencias entre sistólica y diastólica, bajar la TA puede llevar a descender la TA diastólica a menos de 60 mmHg. Si esto

ocurre, se debe evaluar signos o síntomas de isquemia miocárdica.

- Los medicamentos recomendados para pacientes con hipertensión y angor crónico estable incluyen beta bloqueantes (aquellos con antecedentes de IAM), IECA o ARA II y diuréticos tiazídicos o similares. En la guía también incorporan bloq cálcicos y nitratos.

(1) <http://www.aafp.org/afp/2015/1201/p1023.html...>

---



# Obesidad

---

## La manzana sí, la papa no... Desmitificando el índice glucémico.

Publicado el 21 de diciembre 2014

### Lo que se sabía:

El creador del índice glucémico fue el Dr. David Jenkins, Profesor de nutrición en la Universidad de Toronto, la idea surgió a partir que todos los carbohidratos no son iguales. Algunos como el pan blanco y las papas, tienen un índice glucémico alto lo que genera un pico de glucemia e insulina en sangre que se debe evitar reemplazando estos por carbohidratos más “saludables” como cereales enteros y verduras sin almidón.

No hay relación alguna entre el índice glucémico de los alimentos y el peso corporal.

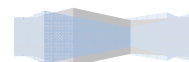
Pero un nuevo estudio publicado en el JAMA (1), encontró que las dietas que contienen alimentos de bajo índice glucémico NO REDUCEN EL COLESTEROL Y OTROS FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIACA EN COMPARACIÓN CON LAS DIETAS QUE CONTIENEN PRINCIPALMENTE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO GLUCÉMICO Y GENERARON UNA PEOR SENSIBILIDAD A LA INSULINA.

En este nuevo estudio, los investigadores querían averiguar si dietas similares en calorías y carbohidratos, pero con hidratos de distinto índice glucémicos tenían diferentes efectos en la salud cardiovascular. Así que reclutaron a 163 personas que estaban en su mayoría con sobrepeso e HTA.

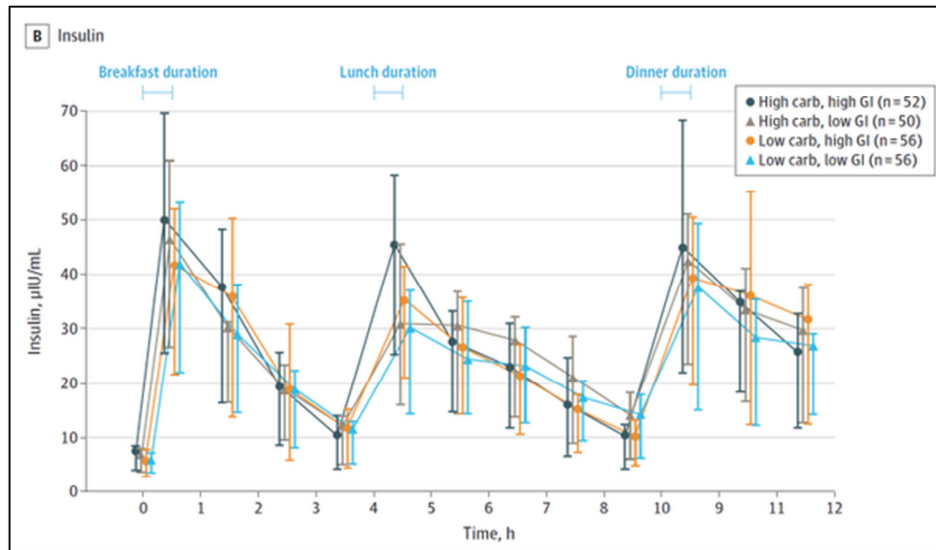
Los sujetos fueron rotados a través de cuatro dietas con distintas proporciones de carbohidratos durante cinco semanas a la vez.

Las dietas de bajo índice glucémico incluyen alimentos como el pan de grano entero y cereales, manzanas, avena y verduras sin almidón. Las dietas con alto índice glucémico permiten cosas como el pan blanco, zanahoria y salvado, arroz, avena instantánea, y dulces como miel, bananas y damascos en almíbar.

Las dietas de bajo índice glucémico no mejoraron los niveles de sensibilidad a



la insulina, el colesterol o la presión arterial.



Conclusión:

La gente en general debe optar por comer más cereales, productos frescos y alimentos ricos en fibra, debido a los nutrientes que contienen y no necesitan preocuparse por el índice glucémico.

Los pacientes diabéticos aún deben tener en cuenta estos alimentos.

(1) <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2040224>

## Nos llegó carta!

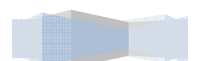
Publicado el 3 de marzo 2015

Yo soy una más del 97% de las personas para quienes la dieta no conduce a perder peso sostenido.

He experimentado los beneficios de salud aumentando la cantidad de ejercicio, y cambiar mi dieta a una dieta vegetariana integral.

Soy normal, al igual que mi nivel de glucosa en ayunas, mi presión arterial y mi función pulmonar, por lo que yo puedo decir, mi salud es genial.

Pero mi índice de masa corporal (IMC) ha sido superior al 30 toda mi vida adulta.



Veo a mi médico de familia cuando me preocupa mi salud de lo contrario, trato de evitarlo. En los últimos años lo ví por fiebre, anticoncepción, un tobillo torcido. Casi siempre me habla de mi peso. Eso es inevitable. La conversación destruye cualquier simpatía o confianza que pudiera haber existido entre él y yo.

Se supone que la lucha contra "la epidemia de obesidad" implica darnos herramientas para mejorar.... sin embargo el impacto de esta retórica en mi vida ha sido todo lo contrario.

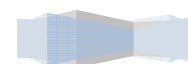
Había comenzado a bailar. Utilicé unas zapatillas nuevas. En el camino a casa, tropecé en una cuneta y me lastimé el tobillo. A la mañana siguiente, consulté y el médico me dice que debo estar haciendo más ejercicio. Yo digo: Ahora no puedo!, a lo cual me responde: "...no estoy hablando de la curación del tobillo, quise decir, en general..."

No sabe que anoche bailé con energía durante cuatro horas luego caminé varias cuadras hasta que sucedió el evento. Seguro que a todos sus pacientes gordos les dice lo mismo... Ni se molestó en averiguar acerca de mi situación particular.

**He sido gorda toda mi vida. Así que cuando los médicos me preguntan en el medio de una consulta si sé que mi IMC es alto, si estoy tratando de bajar de peso o en algún grupo para la obesidad, siempre me sorprenden. Actúan como si fuese el primer médico que por primera vez saca el tema. Como si yo no hubiera hecho nada en mis 30 años o peor no hubiera notado que estaba gorda o como si no supiera que el exceso de peso me hace mal.**

Es sólo un pequeño recordatorio de que mis médicos como muchas otras personas en el mundo me ven primero como una persona gorda y después como un individuo. Me hacen sentir, como un problema desagradable que debe ser eliminado.

Hace poco comencé a hacer pesas y me siento más feliz, mi resistencia ha aumentado, así como mi fuerza; incluso siento que puedo subir una pendiente que hasta hace un tiempo no podía.



Ahora con más masa muscular levantando pesas, mi IMC pasó de "obeso" a "severamente obeso." Desde entonces no quise volver a mi médico, estoy más temerosa que nunca.

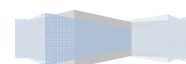
Todos los controles de salud están muy bien, estoy activa y feliz, y he pasado años luchando contra la baja autoestima que venía de una adolescencia donde pasé a creer que yo nunca sería atractiva para nadie.

Me dicen que mi tipo de cuerpo es un "factor de riesgo" para todo tipo de enfermedades, y que estadísticamente tengo más probabilidades de ser saludable si pierdo peso. Yo podría consultar la ciencia detrás de esa suposición, citando la "paradoja de la obesidad", que indica que las personas obesas tienen mejores tasas de supervivencia que las personas delgadas para todo tipo de enfermedades.

Incluso si yo quisiera cambiar mi tipo de cuerpo para ser menos de un "factor de riesgo" -no es tan fácil. Ya estoy físicamente activa más allá de las recomendaciones del médico, y por lo que sé de la evidencia, lograr mantener mi peso con sólo la intervención de la dieta y el ejercicio es mítico.

Mi infancia tuvo tantas dietas, como humillaciones en la escuela. No hay intentos de hacer a bajar de peso que hayan tenido efecto a largo plazo. Todo lo que hicieron fue darme un constante sentido de vergüenza y de no ser lo suficientemente buena. Esto llevó a malos hábitos alimenticios que han sido etiquetados "desordenados". Me ha tomado años desaprender esos hábitos. Y es sólo recientemente que realmente he descubierto la alegría del esfuerzo físico, después de haber pasado la mayor parte de mi vida pensando en el ejercicio como "el castigo que me dan por ser gorda". Actividades basadas en el impacto, como correr son físicamente dolorosas para alguien con mi cuerpo.

He optado por salir de este juego de intentar bajar de peso. Si eso me convierte en un paciente rebelde y que no hace caso, será así. Estoy más saludable y más feliz de lo que era cuando me odiaba a mí misma. Sólo deseo que mis médicos me entiendan.

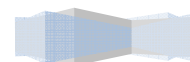


## **Si seguís comiendo demás, no habrá maratón que quemé tantas calorías. Desenmascarando el mito de la actividad física**

Publicado el 3 de abril 2015

- El ejercicio regular es clave para evitar enfermedades graves, como DBT, enf. cardíacas, y demencia, pero si a la hora de comer se consumen más calorías que las que necesitamos, se producirán más problemas de salud que la inactividad física, el alcohol, y el fumar combinados!
- La evidencia sugiere que casi el 40% de las personas que tienen un IMC normal, albergan anormalidades metabólicas perjudiciales típicamente asociados con la obesidad: hipertensión, dislipidemia, hígado graso y enf cv.
- Muchos creen erróneamente que la obesidad se debe enteramente a la falta de ejercicio, una percepción que está firmemente arraigada en el marketing corporativo.
- Las tácticas de la industria alimentaria son descritas como: "...peligrosamente parecidas a los de las grandes tabacaleras...", que sembró negación, duda, confusión y científicos "sesgados" para convencer al público de que fumar no se relacionaba con el cáncer de pulmón. Como ejemplo: "Famosos deportistas promocionan el uso de bebidas azucaradas para hacer deporte".
- La prevalencia de la diabetes aumenta 11 veces por cada 150 calorías de azúcar adicionales que se consumen diariamente, en comparación con la cantidad equivalente de calorías consumidas en forma de grasa.
- La evidencia sugiere ahora que los carbohidratos no son mejores. La investigación reciente indica que el corte hacia abajo en carbohidratos de la dieta es el enfoque más eficaz para la reducción de todas las características del síndrome metabólico y debe ser la estrategia primaria para el tratamiento de la diabetes, con beneficios que ocurren incluso en ausencia de pérdida de peso.
- El mito de la inactividad física y la obesidad: No se puede correr más rápido que una mala dieta!

<http://bjsm.bmj.com/content/early/2015/04/21/bjsports-2015-094911.full>





## ¿Por qué no funcionan las dietas restrictivas?

Publicado el 26 de junio 2015

Durante la mayor parte del siglo pasado, nuestra comprensión de la causa de la obesidad se ha basado en las leyes físicas inmutables. En concreto, la primera ley de la termodinámica, dicta que la energía ni se crea ni se destruye.

Cuando se trata de peso corporal, significa que si el gasto de calorías es menor a la ingesta de calorías, estas se almacenan.

Por esta razón, rodeado de alimentos tentadores, se come en exceso, se consumen más calorías de las que podemos metabolizar adecuadamente, y el exceso se deposita en forma de tejido graso. La solución más sencilla es ejercer la fuerza de voluntad y comer menos.

El problema es que este consejo no funciona, al menos no para la mayoría de la gente en el largo plazo. En otras palabras, si un individuo obeso se propone en Año Nuevo perder peso comiendo menos, probablemente no vaya a durar.

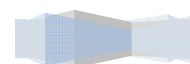
### **Confundiendo la causa y el efecto**

¿Y si no fuera comer en exceso lo que hace engordar, sino que el proceso de estar cada vez más gordos hace comer en exceso?

Si el tejido graso encierra suficiente calorías, ¿por qué no está circulando para satisfacer las necesidades del cuerpo?

Si lo miramos de esta manera, es un problema de distribución: Se tiene una gran cantidad de calorías en el lugar equivocado. Como resultado, el cuerpo necesita aumentar su ingesta. Hay más hambre cuánto más obeso está el paciente.

Como el edema, las extravasaciones de líquido hacia los tejidos circundantes, son independientes de la cantidad de agua que se ingiere, las personas con edema pueden experimentar una sed insaciable porque el líquido no queda en los vasos, donde más se necesita. Del mismo modo, cuando las células de grasa absorben demasiado combustible, calorías de los alimentos promueven el crecimiento de tejido graso en lugar de servir a las necesidades de energía del cuerpo, provocando exceso de comida en todo menos en las personas más disciplinadas.



Esta hipótesis se discute en un artículo reciente del JAMA (1).

Según este punto de vista alternativo, los factores del medio ambiente han desencadenado que los adipocitos tomen y almacenen cantidades excesivas de glucosa y otros compuestos ricos en calorías. Si hay menos calorías disponibles para alimentar este metabolismo, el cerebro le dice al cuerpo aumentar la ingesta de calorías (con la consecuente sensación de hambre) y ahorrar energía (enlentecimiento del metabolismo). Comer más soluciona este problema temporalmente, pero también acelera el aumento de peso. Reducir las calorías invierte el aumento de peso durante un corto tiempo, haciéndonos pensar que tenemos el control de nuestro peso corporal, pero aumenta el hambre y previsiblemente se desacelera el metabolismo aún más.

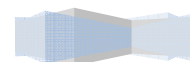
La fiebre es otra analogía. Un baño frío bajará la temperatura corporal temporalmente, y también desencadenará respuestas biológicas (escalofríos y vasoconstricción) para calentar el cuerpo de nuevo. En cierto sentido, la visión convencional de la obesidad es un problema de equilibrio de calorías como la conceptualización de la fiebre es un problema de balance de calor; técnicamente no está mal, pero no es muy útil, porque ignora el controlador biológico subyacente aparente de aumento de peso.

Esto es por qué las dietas que se basan en la reducción de calorías conscientemente por lo general no funcionan. Sólo uno de cada seis adultos con sobrepeso y obesidad nunca mantuvieron una pérdida de peso del 10% por lo menos durante un año. Incluso este relativamente modesto logro puede ser exagerado, porque la gente tiende a sobreestimar sus éxitos en las encuestas de auto-reporte.

En los estudios realizados por el Dr. Rudolph L. Leibel de Columbia y sus colegas, cuando los sujetos de investigación delgados y obesos estaban desnutridos con el fin de perder de 10 a 20% de su peso, su hambre aumenta y el metabolismo disminuye.

Por el contrario, la sobrealimentación acelera el metabolismo.

Por tanto la alimentación excesiva o insuficiente, tienden a empujar peso de nuevo al punto de partida esto llevó a algunos investigadores de la obesidad a pensar en términos de un peso corporal "establecido" que parece estar determinado por nuestros genes.



Pero si las respuestas biológicas básicas empujan contra los cambios en el peso corporal, y nuestros puntos de ajuste están predeterminados, entonces ¿por qué las tasas de obesidad siguen aumentando? o lo más importante, ¿qué podemos hacer al respecto?

Como resultado, muchos factores biológicos afectan el almacenamiento de calorías en las células de grasa, incluyendo la genética, los niveles de actividad física, el sueño y el estrés. Pero uno tiene un papel indiscutiblemente dominante: la insulina. Sabemos que el tratamiento con insulina en exceso para la diabetes provoca aumento de peso, y la deficiencia de insulina provoca la pérdida de peso. Y de todo lo que comemos, los carbohidratos rápidamente digeribles y refinados producen más insulina. Al igual que una infección que eleva el punto de ajuste de la temperatura corporal, el alto consumo de carbohidratos refinados (galletas, snacks, tortas, gaseosas, cereales azucarados e incluso arroz blanco y pan) han aumentado el peso corporal en toda la población.

Una de las razones que consumimos tantos carbohidratos refinados de hoy se debe a que se han añadido a los alimentos procesados reemplazando las grasas (que han sido el blanco principal para reducir la cantidad de calorías desde la década del '70). La grasa tiene aproximadamente el doble de calorías de los carbohidratos, pero las dietas bajas en grasa son menos eficaces para bajar de peso que otras.

(1) <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1871695>

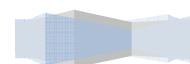
---

### **¿El sobrepeso/obesidad protegen realmente a las personas con diabetes? La paradoja de la obesidad.**

Publicado el 1 de julio 2015

La obesidad es un factor de riesgo bien establecido para enfermedad cardiovascular y DBT 2. Sin embargo, los estudios muestran que los pacientes con sobrepeso y enfermedades cardiovasculares *viven más que los pacientes de peso normal con enfermedad cardiovascular.*

Esto podría deberse a que las personas más enfermas pierden peso.



No está claro si los pacientes con DBT2 también viven más tiempo si tienen sobrepeso.

Para examinar esta pregunta controvertida, conocida como la "*paradoja de la obesidad*", un grupo de investigadores usó datos del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra.

Identificaron una gran cohorte prospectiva de pacientes con DBT sin antecedentes de enfermedad cardiovascular.

El seguimiento de esta cohorte fue durante una media de casi 11 años para determinar todas las causas de mortalidad, con un resultado secundario de hospitalizaciones por eventos cardiovasculares.

La variable principal fue el índice de masa corporal (IMC) evaluado al inicio del estudio.

En consonancia con otros estudios, los pacientes se clasificaron como

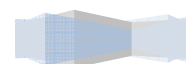
- IMC bajo <18,5 kg/m<sup>2</sup>
- Normal 18,5-24,9
- Sobrepeso 25-29,9
- Obesidad 30 a 34,9
- Muy obesos  $\geq 35$

Los análisis de regresión de Cox fueron ajustados por edad, sexo, duración de la diabetes, TA sistólica inicial, tabaquismo y las condiciones comórbidas, incluyendo EPOC, cáncer, enfermedad renal crónica y enfermedad cardiovascular previa.

Los pacientes con sobrepeso u obesidad tuvieron un mayor riesgo de hospitalización por enfermedad cardiovascular.

En comparación con los pacientes de peso normal, los pacientes con bajo peso tuvieron la peor sobrevida y los pacientes con sobrepeso tenían la mejor sobrevida.

La sobrevida de los pacientes obesos no fue diferente de la de los pacientes con peso normal.



### **Conclusión:**

Los pacientes que tienen DBT2 y sobrepeso o son obesos tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

Sin embargo, los pacientes que tenían sobrepeso sin ser obesos viven más que los que estaban con bajo peso o peso normal.

La explicación de estos resultados es desconocida y no quiere decir que los pacientes con DBT deben tratar de tener sobrepeso.

Los pacientes deben continuar siguiendo un estilo de vida saludable.

Costanzo P, Cleland JG, Pellicori P, et al *Ann Intern Med.* 2015; 162: 610-618

---

### **¿Qué dieta te funcionó?**

Publicado el 6 de agosto 2015

Muchos de nuestros pacientes obesos o con sobrepeso han probado muchas dietas. Muy pocas con éxito, alguna que otra fue buena.

El mensaje a ellos es: ¡No rendirse!

Ningún tratamiento es igualmente eficaz para todas las personas.

**NINGÚN MÉTODO ES ESENCIALMENTE MEJOR QUE OTRO.**

La clave es averiguar cuál es la dieta que mejor funcionó y en esto hay mucho de ensayo y error.

Hay muchas maneras de acercarse a la pérdida de peso. La que conocemos la mayoría de los médicos es la dieta y el ejercicio. La buena noticia es que No son pocos los tipos de dietas: Hipocalórica, hipohidrocarbonada, hipograsa, etc.

Más allá de la dieta...

→ Actividad física

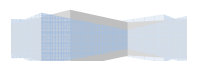
→ Dormir más

→ Reducir el nivel de estrés.

Todo puede ser útil, no hay que desanimar al paciente (algunos ya lo están).

Hay evidencia que los programas de apoyo aumentan las probabilidades de éxito.

Recordarle al paciente que:



\* No alcanzar la meta ideal también sirve.

\* Moverse lo más que pueda...

\* Hacer una cosa a la vez.

\* Tratar de hacer lo que se sienta bien

\* No desesperarse

\* No darse por vencido.

Hasta que tengamos mejor comprensión de la obesidad, va a estar bueno que los pacientes encuentren lo que mejor les funcionó.

---

## **El balón gástrico**

Publicado el 13 de agosto 2015

La FDA ha aprobado el balón gástrico que ayuda a los pacientes obesos a perder peso ocupando una parte del estómago y provocando sensación de saciedad.

El balón gástrico está indicado para adultos que tienen al menos una condición relacionada con la obesidad (por ej, DBT, HTA, o dislipemia) y para los que la dieta y el ejercicio no han funcionado.

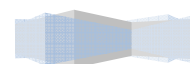
El balón se inserta en el estómago a través de la boca del paciente y luego se llena con solución salina - sólo se diseñó para ser utilizado para un máximo de 6 meses. Los pacientes deben adherirse a un plan de dieta y ejercicio supervisado durante y después del uso del dispositivo.

En un ensayo aleatorio de más de 300 pacientes obesos, los que recibieron el balón perdieron un promedio de 6,8% de su peso corporal total (14 libras) en 6 meses frente a 3,3% (7 libras), entre los que no lo recibieron.

Los efectos secundarios incluyen úlceras gástricas, dispepsia, dolor abdominal y vómitos. El infarto de miocardio, infección y reacciones alérgicas graves son poco frecuentes. El dispositivo no debe utilizarse en pacientes que han tenido cirugía bariátrica o gastrointestinal.

<http://www.fda.gov/.../Newsr.../PressAnnouncements/ucm456296.htm>

---



## 5 años haciendo mangas. La manga gástrica laparoscópica

Publicado el 13 de agosto 2015

La mayoría de los pacientes que se someten a gastrectomía en manga laparoscópica pierden peso y remiten las comorbilidades relacionadas con la obesidad en el corto plazo, pero los beneficios disminuyen con un seguimiento más prolongado.

Este estudio fue en Israel. Los investigadores lo hicieron retrospectivo a 440 adultos que fueron operados por el mismo equipo quirúrgico. Los resultados se evaluaron x 5 años después de la gastrectomía, sólo completaron todos los datos 39 pacientes a los 5 años.

Entre los hallazgos:

- A. % de pérdida de peso: Se redujo de 77% en el año 1 y 56% en el año 5.
- B. DBT 2 se habían resuelto parcial o completamente en el 93% de los pacientes elegibles en el año 1, disminuyendo a 80% al año 5.
- C. HTA había resuelto parcialmente/totalmente en el 78% en el año 1, cayendo a 55% a los 5 años.

Son pocos pacientes y 5 años es poco! Pero por ahora ese descenso no lo consiguen con dieta y ejercicio.

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

---

## ¿Por qué engordan más las personas que toman bebidas dietéticas?

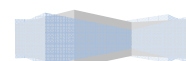
Publicado el 20 de septiembre de 2015

Un equipo de investigadores estudió 10 años de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES). (1)

Se les pidió a los participantes que registraran todo lo que comían o bebían en el transcurso de 2 días no consecutivos.

Estudios anteriores parecían centrarse simplemente en lo que la gente comía y bebía, este estudio se centra en los valores nutricionales de alimentos y bebidas.

Aproximadamente el 21% de las calorías que se consumen provienen de bebidas, incluyendo café, té, alcohol, jugo de frutas, leche, bebidas de frutas y



refrescos.

¿Qué encontraron?

Los que beben gaseosas dietéticas y son obesos consumen más calorías en alimentos discrecionales: galletitas, helados, papas fritas y snacks que los que beben bebidas no dietéticas, incluyendo las azucaradas y el alcohol.

Además, los adultos obesos en el grupo que consumían bebidas dietéticas ingerían más calorías en estos alimentos discrecionales que los participantes con peso normal que bebían bebidas endulzadas con azúcar.

Las bebidas diet hacen como un "efecto de compensación" y se sienten justificados en comer más, por lo que suelen acompañar con un snack. O tal vez, con el fin de sentirse satisfechos, se sienten obligados a comer más de estos alimentos ricos en calorías.

Las personas que les gusta beber bebidas dietéticas deben pensar más en lo que están comiendo.

[http://www.andjrnl.org/artic.../S2212-2672\(15\)01258-7/abstract](http://www.andjrnl.org/artic.../S2212-2672(15)01258-7/abstract)

---

## **Comer con menos grasa... ¿Para qué?**

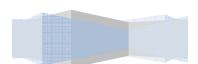
Publicado entre el 28 y 29 de septiembre de 2015

Durante décadas, muchas de las recomendaciones dietéticas han girado en torno a consumir un porcentaje bajo de calorías diarias de grasa. Esto fue porque se pensó que ello reduciría la probabilidad de tener enfermedad coronaria.

La mayor parte de esa evidencia vino de estudios epidemiológicos, los cuales pudieron tener errores.

El uso de este tipo de estudios ocurre mucho más a menudo de lo que quisiéramos. Esto llevó a pautas dietéticas que no fueron basadas en la mejor evidencia disponible.

A veces tenemos que conformarnos con estudios epidemiológicos u otros menos confiables porque no podemos hacer un ensayo controlado





aleatorizado para probar causalidad. Por ej. Nunca tendremos un estudio entre fumar y cáncer, porque la evidencia de estudios de cohortes y de casos y controles, que son observacionales, no intervencionistas, es tan convincente que contar con un grupo aleatorio al que lo ponemos a fumar "para ver si es perjudicial" sería poco ético. Pero no ocurre lo mismo con las dietas. No hay razón para que no podamos asignar al azar a que la gente siga determinadas dietas.

Lo interesante de la historia es que en cuanto a las dietas hipograsas, Sí había ensayos controlados aleatorios cuando se publicaron las recomendaciones de dieta baja en grasa (parece que se ignoraron).

Recientemente, se publicó un estudio (1) de un meta-análisis de ensayos controlados aleatorios

Antes de 1983, se llevaron a cabo 6 ECA con 2.467 hombres explorando la relación entre grasa de la dieta, colesterolemia y mortalidad. 5 de ellos fueron ensayos de prevención secundaria (pacientes con enf coronaria). Sólo uno incluyó participantes sanos (menos propensos a tener menos beneficios de cambios en la dieta).

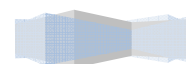
En ningún caso hubo diferencias significativas entre la tasa de muerte por enfermedad coronaria. ¡Tampoco hubo diferencias en la mortalidad por todas las causas!

El estudio mostró que los niveles de colesterol bajaron más en los grupos que consumieron dietas bajas en grasa. Algunos han utilizado esto como justificación para una dieta baja en grasa. Pero la diferencia entre ellos fue pequeña.

La media de colesterol se redujo 13% en los grupos intervención vs 7% en los grupos control. Pero esto querido lector tampoco es cierto para todos!

Alrededor del 70% de las personas se cree que son "hipo-respondedores" a una dieta baja en grasas. Esto significa que después de consumir 3 huevos al día durante 30 días, no se refleja en algún incremento de colesterolemia (sus niveles de colesterol casi no tienen relación con lo que comen).

En 2013, los investigadores publicaron una revisión sistemática de todos los estudios de 2003 o después. 12 cumplieron los criterios de inclusión, y 7 de ellos controlados para la dieta de fondo. La mayoría de los estudios que



controlaron la dieta no tuvo efecto en la concentración de LDL-c. Unos pocos estudios pudieron detectar diferencias solamente en pequeños subgrupos de personas con ciertos genes o una predisposición a los problemas.

En otras palabras, en la mayoría de los estudios, todas las personas no respondieron. En el resto, sólo una minoría de los pacientes respondieron a los cambios en el colesterol dietético.

Aunque suene muy contradictorio pareciera ser que el colesterol no es el nutriente que merezca nuestra preocupación por el consumo excesivo.

Cientos de millones de personas cambiaron sus dietas en base a recomendaciones de dieta hipograsa.

"...¡Pero Doctor, como muy poca carne (como Ud me dijo) y no bajo de peso y mi colesterol tampoco se modificó mucho!..."

Al consumir menos grasa aumentaron las proteínas y los hidratos de carbono para mantener la cantidad total de calorías adecuadas (por algún lado hay que compensar).

Así que, como las directrices han recomendado reducir la carne, especialmente la carne roja, muchas personas comenzaron a aumentar el consumo de carbohidratos.

Teniendo en cuenta la epidemia de obesidad por la que atravesamos, no es difícil encontrar evidencia que esto pudo haber sido malo y haber contribuido a la epidemia de obesidad y diabetes.

Una revisión Cochrane (3) de ensayos controlados aleatorizados con dieta hipograsa que fue sustituida por carbohidratos halló que la misma NO protege contra los problemas cardiovasculares.

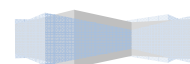
Deberíamos reflexionar lo equivocados que estuvimos al correlacionar los resultados de estudios epidemiológicos a la causalidad y asumir un poco la responsabilidad de la epidemia.

Al revisar la literatura, y terminar de escribir estos apuntes uno queda con la sensación de que nadie sabe a ciencia cierta que dieta recomendar. Bueno eso en ciencia es una interesante pregunta!

(1) <http://openheart.bmj.com/content/2/1/e000196.full>

(2) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900007/>

(3) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163969/>



---

## La actividad física tiene muchos beneficios pero este no.

Publicado el 24 de noviembre de 2015

**No hay un solo estudio que relacione que la actividad física por sí sola provoque descenso de peso.**

La actividad física ayuda y sin duda promueve un estado de bienestar físico y psíquico muy importante pero los pacientes (y algunos médicos) acentúan los beneficios de la actividad física como promotora del descenso de peso sin cambios en su dieta y eso es falso no hay estudio que haciendo gimnasia una persona baje de peso sin modificar sus hábitos alimentarios.

---

## Rastreo de DBT en pacientes adultos con sobrepeso u obesos.

Publicado el 19 de diciembre 2015

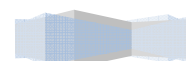
El Annals of Internal Medicine acaba de publicar las recomendaciones de la Fuerza de Tareas Norteamericana (1) sobre el rastreo de DBT a personas entre 40 y 70 años con sobrepeso u obesas y ofrecer o derivar a aquellas con alteración de glucemia a programas de cambio de conducta intensivos que promuevan dieta sana y actividad física.

Recomendación: **B**

Estudios: Se proponen HgbA1c, glucemia o test de tolerancia.

Intervalo: Cada **3 años**

(1) Annals of Internal Medicine Número: Volume 163(11), 1 December 2015, pp 861-868



# Salud del Anciano

---

## **Los efectos del calor extremo en adultos mayores.**

Publicado el 9 de enero 2015

La definición de "**ola de calor**":

2 o más días consecutivos con temperaturas superiores a los del percentilo 99 de las temperaturas diarias específicas de esa región.

Un estudio norteamericano (1) equiparó los períodos sin ola de calor por condado y por semana.

Entre los adultos mayores, los períodos de calor extremo se asocian a un mayor:

- Riesgo de hospitalización por trastornos de líquidos y electrolitos.
- Insuficiencia renal.
- Infección del tracto urinario.
- Septicemia.
- Golpes de calor.

A pesar que el aumento del riesgo absoluto fue pequeño, es importante tener presente estas prevalencias en nuestra población de ancianos en este tiempo.

(1) <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2084889>

---

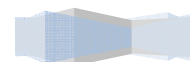
## **No basta ser, también hay que parecer.**

Publicado el 12 de enero de 2015

Si las cosas que antes te hacían feliz todavía las hacés, ¡Vas por buen camino!

Una investigación (1) acerca de la edad autopercebida y la mortalidad habla mucho de esto.

En una cohorte de personas de más de 6400 personas con una edad media



de 66 años, se las siguió por 99 meses.

Se les preguntó:

¿Se siente más joven que la edad que tiene?

¿Se siente igual que la edad que tiene?

¿Se siente mayor que la edad que tiene?

Al cabo de ese tiempo, la **mortalidad** al cabo de 8 años fue:

- a. Para los que se sentían más joven que los de su edad fue de 14%.
- b. Para los que se sentían igual que la edad que tenían fue de 18,5%.
- c. Para los que se sentían mayores de lo que realmente tenían 24,6%.

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

---

## 10 signos tempranos de Alzheimer

Publicado el 31 de mayo 2015

### 1. Pérdida de memoria que altera la vida cotidiana.

Uno de los signos más tempranos de la Enf. de Alzheimer es olvidar información, especialmente aquella que se aprendió recientemente.

Otros incluyen:

Olvidar fechas o eventos importantes.

Piden que se les repita la información una y otra vez.

Mayor necesidad de ayuda memorias.

Mayor dependencia de la familia.

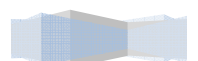
¿Qué sería un cambio normal relacionado con la edad?

A veces olvidar citas o nombres pero recordarlos más tarde.

### 2. Desafíos en planear o resolver problemas.

Algunas personas pueden sentir cambios en la capacidad para desarrollar y seguir un plan o trabajar con números. Pueden tener problemas para seguir una receta de cocina o hacer el seguimiento de las facturas mensuales.

Pueden tener dificultad para concentrarse y tomar mucho más tiempo para hacer las cosas que antes.



¿Qué sería un cambio normal relacionado con la edad?

Cometer un error ocasional en el balance de las cuentas bancarias.

### **3. Dificultad para realizar tareas familiares en el hogar, en el trabajo o en el ocio.**

Las personas con Alzheimer a menudo tienen dificultades para completar las tareas diarias. A veces, las personas pueden tener problemas para conducir a un lugar conocido, manejar un presupuesto en el trabajo o recordar las reglas de un juego favorito.

¿Qué sería un cambio normal relacionado con la edad?

De vez en cuando necesitar ayuda para programar un microondas o grabar un programa en el televisor.

### **4. Confusión con el tiempo o lugar.**

Las personas con Alzheimer pueden perder la noción de las fechas, las estaciones y el paso del tiempo. Pueden tener problemas para entender algo si no está sucediendo inmediatamente. A veces se pueden olvidar dónde están o cómo llegaron allí.

Conseguir confundido acerca el día de la semana, pero averiguarlo más tarde.

¿Qué sería un cambio normal relacionado con la edad?

Estar confundido del día de la semana para sacarlo más tarde.

### **5. Dificultad para comprender imágenes visuales y relaciones espaciales.**

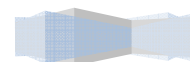
Para algunas personas, tener problemas visuales es un signo de Alzheimer. Pueden tener dificultad para leer, estimar distancias y determinar el color o el contraste, que pueden causar problemas al conducir.

¿Qué sería un cambio normal relacionado con la edad?

Cambios en la visión relacionados a cataratas.

### **6. Nuevos problemas con palabras para hablar o escribir.**

Las personas con Alzheimer pueden tener problemas para seguir o unirse a una conversación. Pueden parar en medio de una conversación y no tienen



idea de cómo continuar o pueden repetirse. Ellos pueden tener dificultades con el vocabulario, tener problemas para encontrar la palabra correcta o llamar a las cosas por el nombre equivocado.

¿Qué sería un cambio normal relacionado con la edad?

A veces tener problemas para encontrar la palabra adecuada.

#### **7. Perder las cosas y perder la capacidad de volver sobre los pasos.**

Pueden poner las cosas en lugares inusuales. Pueden perder las cosas y ser incapaces de volver sobre sus pasos para encontrarlas de nuevo.

A veces, pueden acusar a otros de robar. Esto puede ocurrir con más frecuencia en el tiempo.

Perder las cosas de vez en cuando y volver sobre los pasos para encontrarlos.

¿Qué sería un cambio normal relacionado con la edad?

Perder las cosas de vez en cuando y volver a buscarlas.

#### **8. Disminución o falta de juicio.**

Las personas con Alzheimer pueden experimentar cambios en el juicio o en la toma de decisiones. Por ejemplo, pueden tener falta de juicio cuando se trata de dinero, dando grandes cantidades de dinero a personas desconocidas.

Pueden prestar menos atención a higienizarse o mantenerse limpios.

¿Qué sería un cambio normal relacionado con la edad?

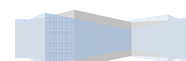
De vez en cuando realizar una mala decisión.

#### **9. Dejar de trabajar o de concurrir a actividades sociales.**

Una persona con Alzheimer puede comenzar a dejar de ir a los pasatiempos, actividades sociales, proyectos de trabajo o deportes que tenía. Pueden tener problemas para mantenerse al día de lo que ocurre con su equipo o recordar cómo completar un pasatiempo favorito. También pueden evitar ser social, debido a los cambios que han experimentado.

¿Qué sería un cambio normal relacionado con la edad?

A veces sentirse cansados de la familia, el trabajo, las obligaciones sociales.



## 10. Los cambios en el estado de ánimo y la personalidad.

El estado de ánimo y la personalidad de las personas con Alzheimer pueden cambiar. Pueden llegar a estar confusos, sospechosos, deprimidos, temerosos o ansiosos. Pueden estar fácilmente molestos en casa, en el trabajo, con amigos o en lugares en los que están fuera de su zona de confort.

El desarrollo de formas muy específicas de hacer las cosas y convertirse irritable cuando se interrumpe una rutina.

¿Qué sería un cambio normal relacionado con la edad?

Desarrollar formas muy específicas de hacer las cosas y tornarse irritables cuando se interrumpe la rutina.

---

## Hiperplasia prostática benigna

Publicado el 1 de mayo 2015

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una condición común que aumenta la prevalencia con la edad.

### ¿Qué recabar?

La historia debe incluir el momento de aparición, duración y gravedad de los síntomas del tracto urinario inferior y el uso de medicamentos para descartar otras causas de los síntomas.

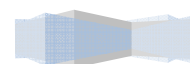
El examen físico incluye un examen rectal digital y la evaluación de la distensión de la vejiga o deterioro neurológico.

Pruebas recomendadas incluyen el PSA y análisis de orina para ayudar a descartar infección, cáncer genitourinario o litiasis como una causa alternativa de los síntomas del tracto urinario inferior.

La gravedad de la HBP se evaluó mediante cuestionarios validados, los síntomas auto-administrados, como el Índice de síntomas urológicos de la Asociación Americana o el International Prostate Symptom Score.

Los síntomas leves o que no molestan no requieren tratamiento.

Síntomas molestos se manejan con modificaciones de estilo de vida, medicamentos y cirugía. Los bloqueantes alfa son los medicamentos de primera línea para la HPB.





Derivación quirúrgica está indicada si se presentan complicaciones relacionados con la HPB, el tratamiento médico falla, o el paciente elige. Los suplementos dietéticos, como el pygeum, Cernilton y beta sitosterol, y la acupuntura no se recomiendan para el tratamiento de la HBP.

#### **Síntomas del tracto urinario inferior:**

- Vaciado incompleto
- Frecuencia aumentada
- Intermitencia
- Urgencia
- Chorro miccional débil
- Esfuerzos para orinar
- Nicturia.

El médico debe determinar si los síntomas son secundarios a HBP u otras causas y proporcionar el tratamiento adecuado. Este artículo (1) proporciona respuestas basadas en la evidencia a preguntas comunes sobre el diagnóstico y tratamiento de la HBP.

(1)<http://www.aafp.org/afp/2014/1201/p769.html#.VUUkb7Pqvy8.twitter>

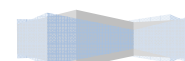
---

## **El diario del dormir bien**

Publicado el 15 de mayo 2015

Ciertos consejos pueden ayudar a descansar mejor a los pacientes ancianos.

|                                  |                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>El diario del dormir bien</i> |                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Mañana</i>                    |                                                                                                                                                                                                                            |
| 7:00 a.m.                        | Despertarse a la misma hora cada mañana aún los fines de semana.                                                                                                                                                           |
| 8:00 a.m.                        | Limitarse a 1 taza de café en el desayuno o tomar café descafeinado. Demasiada cafeína en la mañana puede “durar” hasta el momento de acostarse. Si es muy tomador de café hay que bajarlo gradualmente en varias semanas. |



|              |                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9:00 a.m.    | Salir a caminar 30 minutos. El ejercicio por la mañana puede ayudarlo a dormir mejor.                                                                                                                                                   |
| <i>Tarde</i> |                                                                                                                                                                                                                                         |
| 7:30 p.m.    | Cenar temprano, liviano. Una comida pesada puede llevar a acidez, reflujo, distensión, etc, que lo puede despertar. Evitar té, café y gaseosas, así como también alcohol y chocolate.                                                   |
| 9:30 p.m.    | Apagar la TV, computadora, celulares, tabletas por lo menos 30´ antes de la cama. Leer un libro, tomar un baño caliente, o escuchar una música suave.                                                                                   |
| 10:00 p.m.   | Ir al dormitorio listo para dormir. Bajar las luces, cerrar las cortinas, regular la temperatura, cubrir la alarma si da destello de luz.                                                                                               |
| 10:15 p.m.   | Ir al baño.                                                                                                                                                                                                                             |
| 10:30 p.m.   | Apagar las luces. Tratar de ir a la cama a la misma hora cada noche. Si no puede dormir en 15´, salga del dormitorio. Siéntese en algún lugar tranquilo y lea un libro 15-20 minutos hasta volver a sentirse cansado. Vuelva a la cama. |

<https://www.health.harvard.edu/promotions/harvard-health-publications/improving-sleep-a-guide-to-a-good-nights-rest?>

## Prevención de caídas

Publicado el 3 de agosto 2015

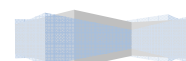
Qué deben hacer en sus casas a bajo costo para prevenir caídas.

La mayoría de las caídas se pueden prevenir.

Cada año, miles de personas termina en el hospital a causa de estos accidentes, que son la principal causa de lesiones e incluso la muerte entre los adultos mayores.

Cualquier cosa que genere inestabilidad va a aumentar el riesgo de una caída.

Las personas con trastorno del equilibrio a menudo son incapaces de recuperarse cuando se inestabilizan porque carecen de la agilidad y



coordinación para hacerlo.

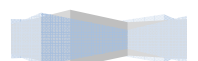
Ciertas modificaciones en el hogar son simples y pueden ayudar a reducir el riesgo de caídas. De hecho, la investigación ha demostrado que las soluciones de bajo costo en el hogar ayudan a reducir las lesiones relacionadas con caídas en un 25%.

¿Cuáles?

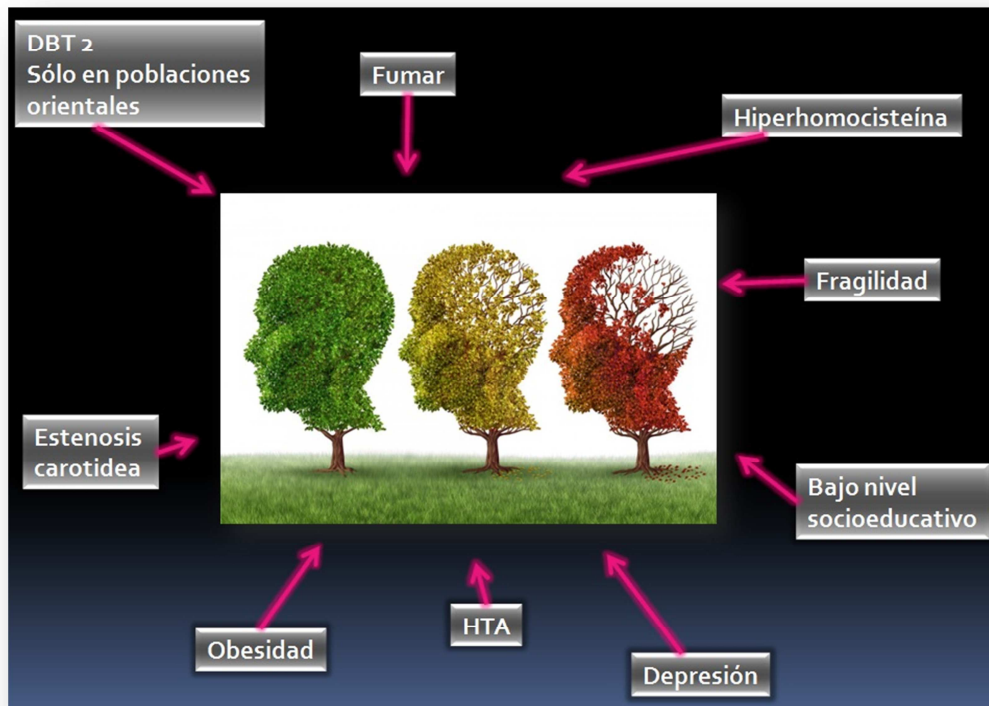
- Eliminar las alfombras y las cosas que están en el piso.
  - Cambiar los muebles para mejorar el flujo del tráfico.
  - Instalar pasamanos a lo largo de escaleras interiores y exteriores.
  - Instalar de barras de apoyo cerca de duchas, bañeras e inodoros.
  - Mejorar la iluminación en pasillos, escaleras y pasillos exteriores.
  - Instalar luces de noche para iluminar el camino al baño en la noche.
  - Agregar antideslizantes sobre el suelo de la bañera y la salida de la misma.
- 

## **Alzheimer: 9 factores de riesgo potencialmente modificables**

Publicado el 4 septiembre 2015



Estos 9 factores pueden explicar 2/3 de la enfermedad de Alzheimer a nivel mundial, un nuevo meta-análisis (1)



Según el análisis, el riesgo atribuible poblacional (RAP) para cada factor osciló individualmente entre 0,175% a 24,5%, mientras que cuando se combinan los 9 factores el RAP fue de 66%.

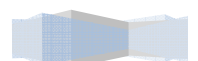
(1) <http://jnnp.bmj.com/content/early/2015/.../27/jnnp-2015-310548>

## ¿Sirven los talleres de memoria?

Publicado el 4 de octubre 2015

La detección de la pérdida de memoria identifica menos de 1 de c/5 de los que posteriormente desarrollarán Alzheimer. (1)

La intervención psicosocial temprana no tiene efecto sobre el momento del traslado a un hogar de cuidado, el bienestar del paciente, la progresión de la enfermedad, los síntomas relacionados con la demencia. (2)



No sabemos si el diagnóstico temprano y la intervención temprana es inofensiva, puede haber un efecto rótulo importante. (3)

La demencia ahora eclipsa otros problemas del envejecimiento, como la depresión y la fragilidad.

¿Una buena?

Sabemos que la incidencia y la prevalencia del síndrome de demencia parece estar disminuyendo en muchos países, entre ellos Gran Bretaña, Alemania, España, Suecia, los Países Bajos y Estados Unidos. (4)

Esto puede significar que la prevención de la enfermedad cardiovascular está teniendo un efecto sobre el cerebro.

(1) Palmer K, Bäckman L, Winblad B, et al. (2003) Detection of Alzheimer's disease and dementia in the preclinical phase: population based cohort study. *BMJ* 326(7383):245.

(2) Koivisto AM, Hallikainen I, Välimäki T, et al. (2015) Early psychosocial intervention does not delay institutionalization in persons with mild Alzheimer disease and has impact on neither disease progression nor caregivers' well-being: ALSOVA 3-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry* doi:10.1002/gps.4321, [Epub ahead of print].

(3) Le Couteur DG, Doust J, Creasey H, Brayne C (2013) Political drive to screen for pre-dementia: not evidence based and ignores the harms of diagnosis. *BMJ* 347:f5125.

(4) Prince M, Albanese E, Guerchet M, et al. (2014) World Alzheimer Report 2014. Dementia and risk reduction: an analysis of protective and modifiable factors (Alzheimer's Disease International, London).

---

## No rastrear deterioro cognitivo

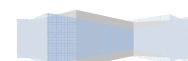
Publicado el 10 y 11 de diciembre 2015

La Fuerza de Tareas Canadienses acaba de anunciar la recomendación EN CONTRA del rastreo de deterioro cognitivo a mayores de 65 años.

Aún no hay buenos estudios de rastreo

hay un efecto rótulo y por supuesto,

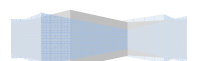
No hay tratamiento.



- No hay estudios aleatorizados que hayan evaluado los beneficios del rastreo de deterioro cognitivo en personas de 65 años o mayores asintomáticas.
- Los datos disponibles sugieren que los tratamientos farmacológicos no son eficaces en las personas con deterioro cognitivo leve y los tratamientos no farmacológicos (por ej.: ejercicio, entrenamiento cognitivo y rehabilitación) producen sólo pequeños beneficios, que no parecen ser clínicamente significativos.
- Los estudios existentes sugieren que aproximadamente 1 de cada 10 personas sin deterioro cognitivo pueden detectarse erróneamente como positivo mediante el Mini Mental y que 1 de c/4 personas pueden clasificarse INCORRECTAMENTE como positivas mediante el test de evaluación cognitiva de Montreal.
- Los médicos deben considerar la evaluación cognitiva en pacientes CON signos y síntomas de deterioro o cuando los miembros de la familia o pacientes manifiesten preocupaciones sobre el potencial deterioro cognitivo.

<https://t.co/0U8AqU4GOo>

---



# Salud de la mujer

---

## Té de jengibre en el embarazo.

Publicado el 2 de mayo 2015

Para muchas mujeres, el primer trimestre de embarazo se torna bastante difícil por las náuseas y vómitos.

Los medicamentos estándar son una opción, pero para aquellas que prefieren algo más natural el jengibre parece una buena opción. El jengibre es bastante conocido, pero el consenso de su uso es insuficiente.

Un nuevo meta-análisis (1) hace referencia a ensayos clínicos con jengibre.

Alrededor de 1g de jengibre/día durante al menos 4 días puede reducir las náuseas y los vómitos en el embarazo temprano.

No parece tener ningún efecto sobre las tasas de aborto espontáneo, pero no hay datos a largo plazo sobre el resultado fetal sobre el uso de jengibre en el embarazo.

(1) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24390893>

---

## Secreción por el pezón.

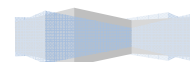
Publicado entre el 29 y el 30 de julio 2015

Este mes el BMJ (1) sacó una revisión muy interesante. Te dejamos algunos conceptos:

### ¿Qué preguntar?

**\*Color:** Siempre que sea sangre es anormal.

Si es galactorrea, secreción inadecuada de leche materna en hombres o mujeres que no estén lactando, es probable que sea endocrino. En la mayoría de las mujeres la causa de la secreción será benigna. No es habitual que la descarga sea el primer síntoma de cáncer de mama.



**\*Unilateral o bilateral.**

Si es bilateral en general indica una causa sistémica; ya sea fisiológica (tal como la lactancia), endocrina (por ej, prolactinoma, hipotiroidismo) o iatrogénica (medicamentos).

La descarga unilateral indica una causa local: Papiloma ductal, quiste de mama o carcinoma ductal.

**\*Viene sólo o con otros síntomas.**

Para pensar en malignidad: tumor mamario palpable o retracción del pezón de nueva aparición.

Para pensar en absceso: Signos locales o sistémicos de infec.

Para pensar secundaria a hipotiroidismo: Aumento de peso o intolerancia al frío.

**\*Medicamentos:** Antipsicóticos, antidepresivos, anticonceptivos, metoclopramida, y opioides.

**\*Edad del paciente:** Te puede guiar. Premenopáusicas y niñas: la descarga es más comúnmente fisiológica, la lactancia, medicamentos relacionados, o secundario a la lactancia: un papiloma ductal puede continuar hasta 6 meses después del parto o al cesar la lactancia materna y se resuelve espontáneamente.

Perimenopáusicas y postmenopáusicas es más probable debido a un papiloma, ectasia ductal o cáncer de mama.

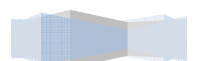
Si el paciente es un varón, la descarga es anormal.

**Examen físico**

Pedile que *levante los brazos* por encima de su cabeza para acentuar la inmovilización de la piel o asimetría de la mama (Bultoma). Compraba si hay piel de naranja (por edema de la piel).

Aunque la piel eritematosa suele indicar mastitis o absceso, se debe considerar un diagnóstico más raro de cáncer de mama inflamatorio, especialmente si no hay otros signos de sepsis.

Siempre pensá en Enfermedad de Paget de mama; una presentación de carcinoma intraductal como eczema unilateral que comienza invariablemente en el pezón y se extiende hacia el exterior.





## Palpación

Palpar los 4 cuadrantes, la axila y regiones supraclaviculares. Prestar especial atención al área por debajo del pezón para identificar la causa de la descarga. Palpar alrededor de la areola circunferencialmente para ver si la descarga se puede expresar.

### ¿Qué hacer?

Si consideras posible una causa endocrina (prolactinoma o hipotiroidismo) debes pedir *prolactina sérica* y *TSH*.

Los pacientes de menos de 50 años de edad y sin banderas rojas, síntomas molestos o causas endócrinas pueden ser manejados con seguimiento periódico por nosotros.

### Cómo aconsejar a los pacientes

Secreción del pezón es común, y la mayoría de las mujeres puede expresar unas cuantas gotas de fluido. Muchas enfermedades y medicamentos pueden causar secreción del pezón, y en la mayoría de las mujeres la causa será benigno. No es habitual que la descarga sea el primer síntoma de cáncer de mama. Sin embargo, a pesar de que el cáncer de mama es poco probable, prestar atención a:

\* *Mayores de 50 años con secreción por el pezón.*

\* *Bulto en mama o en axila.*

\* *Retracción del pezón.*

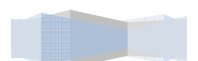
(1) <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h3123>

---

## Mastectomía doble.

Publicado el 30 de agosto 2015

Desde hace tiempo se han incrementado las mastectomías dobles, incluso entre las mujeres con bajo riesgo de desarrollar cáncer en la otra mama y para quienes el procedimiento radical no ofrece beneficios de supervivencia adicionales. Se hizo notar un cambio profundo en la cultura médica que prevalece y algunos han comenzado a cuestionar si se debe reconsiderar la realización de lo que equivale a una amputación con poca evidencia para



apoyar su eficacia.

Un análisis de la Base de Datos Nacional del Cáncer en Estados Unidos reveló que 12% de las mujeres que fueron a cirugía en estadio de 0 a 3 en 2012 se sometieron a una mastectomía doble, por encima del 2% en 1998. Casi el 30% de las mujeres menores de 45 años optó por tener mastectomía doble.

Una constelación de factores han contribuido a esto:

\* La mayoría de los seguros médicos en Estados Unidos, tanto públicos como privados tienen por ley desde 1998 cubrir la cirugía reconstructiva después de una mastectomía.

\* La relación médico-paciente ha cambiado, y los médicos son reacios a decir a las mujeres lo que deben o no deben hacer.

\* Los avances en la cirugía plástica prometen mamas artificiales más atractivas que nunca.

\* Luego está lo que los médicos apodan el "efecto Angelina." La actriz Angelina Jolie, cuya madre murió de cáncer, anunció en 2013 que había sido objeto de una doble mastectomía preventiva después de un BRCA (+). En un artículo de opinión, dijo, "me siento empoderada que hice una buena opción y que de ninguna manera disminuye mi feminidad."

Existe un consenso general de que tales procedimientos disminuyen drásticamente el riesgo de cáncer de mama para las mujeres genéticamente vulnerables como ella, que representan un minúsculo 0,25% de la población. Después del anuncio de la actriz, muchas mujeres quisieron hacerse la prueba.

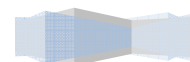
Pero los médicos están viendo aumentos en el número de mujeres de bajo o mediano riesgo con diagnóstico de cáncer, optan por una mastectomía profiláctica contralateral.

Hay mujeres que han llegado a pensar en sus mamas como "el enemigo".

### **MANTENERSE CON VIDA NO TIENE QUE VER CON SACARSE LA OTRA MAMA.**

Un cuerpo creciente de literatura médica está argumentando EN CONTRA de este tipo de cirugía drástica.

a. Infecciones.



- b.** Es mucho más probable que el cáncer haga metástasis en otras partes del cuerpo: huesos, hígado o cerebro. La tasa de cáncer recurrente en otras partes del cuerpo puede llegar al 13% cuando hay mastectomía doble. Un estudio pionero de casi 190.000 mujeres en Estados Unidos con cáncer de mama dirigido por la Universidad de Stanford reveló que las tasas de supervivencia NO FUERON MEJORES para las mujeres que optaban por una mastectomía doble vs tumorectomía + radioterapia.
- c.** Las cirugías no siempre son fáciles. Algunas pacientes requieren de reoperaciones.

### **QUÉ DICEN LAS MUJERES:**

Las que optan por la cirugía dicen que cualquier riesgo de volver al cáncer de mama es demasiado alto. Ellas están agradecidas de estar libre de las mamografías, resonancias, seguimientos y la ansiedad que acompaña a toda esta parafernalia.

Las mujeres blancas, en particular, las más jóvenes, tienen el doble de probabilidades de someterse a la cirugía en comparación con otros grupos raciales.

En un momento dado, el empoderamiento pasaba por conservar la mama. Ahora en la eliminación de ellas.

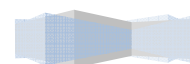
### **BOOM RECONSTRUCCIÓN**

En los últimos años han visto avances significativos en la reconstrucción de la mama, lo que lleva a más mujeres a tener doble mastectomía.

Las prótesis son mejores así como también la reconstrucción a partir del propio tejido tomado de otras partes de su cuerpo. Estas operaciones pueden tardar varias horas para cada lado, pero como resultado el aspecto y la sensación es más natural.

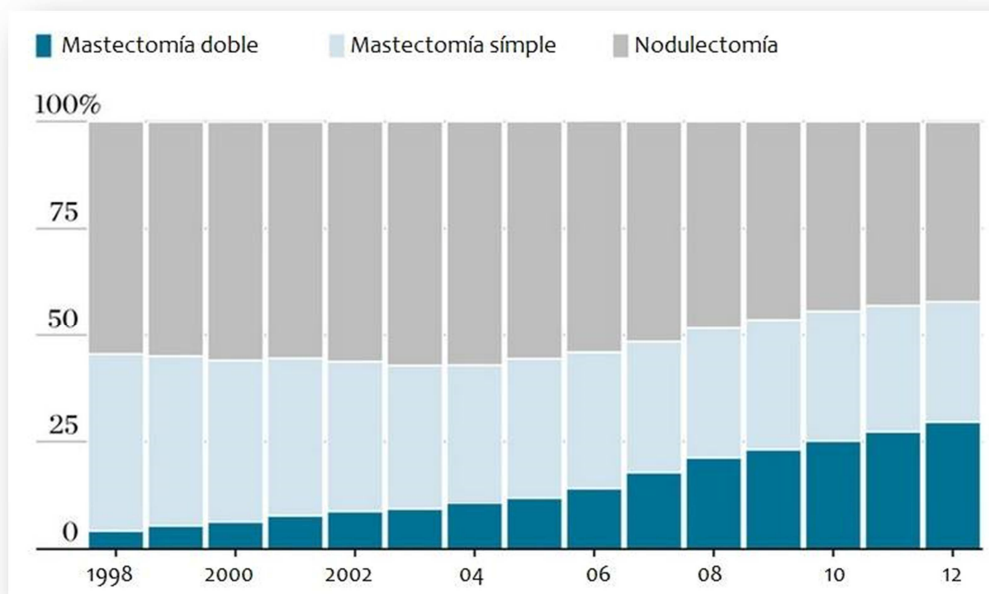
Sin embargo, aún el resultado más atractivo hay una falta de sensibilidad cutánea y, a menudo cicatrices. Mientras que muchas mujeres quieren preservar sus pezones, no siempre es posible debido al temor de que el cáncer se propague en la zona.

En un estudio de junio 2014 (1) se calculó que los ingresos netos de un



hospital en cirugías de reconstrucción de mama aumentó en un 7.264% de 2004 al 2012.

(1) Plastic and Reconstructive Surgery journal June 2014



## Disfunción sexual relacionada con síndrome genitourinario en la menopausia.

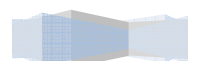
Publicado el 3 de septiembre 2015

¿Qué tratamiento se considera altamente eficaz para la disfunción sexual relacionada con síndrome genitourinario de la menopausia?

Respuesta correcta Estrógenos.

Aquí van todas las alternativas que tenemos los médicos de atención primaria para tratar los problemas sexuales en mujeres postmenopausicas:

1. **Bupropion en dosis altas (150 mg 2/día)** ha demostrado ser eficaz como un complemento para la disfunción sexual inducida por antidepresivos en las mujeres. RECOMENDACIÓN B



2. **Sildenafil** puede beneficiar a mujeres con disfunción sexual inducida por un IRSS. RECOMENDACIÓN B

3. **Tratamiento integral multidisciplinario** que aborde contribuyendo factores biopsicosociales para trastornos relacionados con dolor en las relaciones sexuales. RECOMENDACIÓN C

4. **Terapia conductual cognitiva** en pacientes con deseo sexual disminuído. RECOMENDACIÓN C

5. Intervenciones basadas en **Mindfulness para tratar deseo disminuío**, excitación sexual y anorgasmia adquirida. RECOMENDACIÓN B

6. **Masturbación para la anorgasmia permanente**. RECOMENDACIÓN C

7. Terapia con **estrógenos vaginales locales** (preferible a la terapia sistémica de estrógenos) para el tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia y la dispareunia relacionada cuando la sequedad vaginal es la principal preocupación.

Debido a los efectos adversos potenciales, el uso de estrógenos, estrógenos especialmente sistémicas, debe limitarse a la duración más corta compatible con los objetivos del tratamiento. RECOMENDACIÓN A

8. **Ospemifeno** es moderadamente eficaz para el tratamiento de la dispareunia. RECOMENDACIÓN B

9. **Testosterona transdérmica**, con o sin tratamiento concomitante con estrógenos, ha demostrado ser eficaz para el tratamiento a corto plazo en el deseo sexual disminuído o excitación en la menopausia natural y la inducida quirúrgicamente. RECOMENDACIÓN B

American Family Physician, 2015-08-15, Volúmen 92, Número 4

---

## **Incontinencia Urinaria. Trivia**

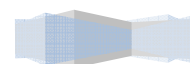
Publicado el 30 de octubre de 2015

1 de cada 3 mujeres reportan incontinencia urinaria.

Pero, ¿Qué porcentaje de mujeres con incontinencia no consulta?

a. menos del 10%.

b. 20-30%.



c. 50%.

**RESPUESTA CORRECTA: C**

Se estima que el 50% de las mujeres no busca tratamiento.

Los factores de riesgo más importantes son el parto (vaginal), antecedentes de cirugías ginecológicas, menopausia y obesidad.

Los trastornos del suelo pélvico a menudo son exitosos, a veces sin necesidad de cirugía o incluso medicina.

**\* Ejercicios de Kegel:**

Una técnica que utiliza las contracciones repetitivas de los músculos del suelo pélvico para detener el flujo de orina y fortalecer los músculos del suelo pélvico.

\* Un fisioterapeuta pélvico entrenado puede ayudar con la **biofeedback**, a veces usando sensores insertados en la vagina y un monitor que muestra si los músculos están siendo contraídos correctamente.

**\* Modificación del comportamiento:**

Esto puede incluir aprender a tomar breves sorbos de agua, así como la reducción de cafeína, alimentos ácidos y edulcorantes artificiales. A veces dejar de beber líquidos 2 hs antes de acostarse para evitar levantarse varias veces por la noche.

**\* Neuromodulación:**

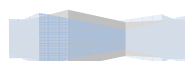
Este tratamiento consiste en insertar una aguja muy fina en el tobillo. Los impulsos eléctricos se envían a los nervios de la región de la vejiga para calmar la frecuencia urinaria, urgencia e incontinencia. El procedimiento se realiza típicamente en 12 sesiones de 30 min/sesión.

**\* Botox:**

Cuando se inyecta en la vejiga, el Botox puede ayudar a relajar los músculos de la vejiga y retener más fácil a los pacientes que tienen incontinencia de urgencia. El procedimiento dura 5´ y se puede repetir si es necesario cada 6-9 meses.

**\* Relleno uretral:**

Se inyectan bajo anestesia local para cerrar un orificio uretral o construir espesor para sellar la pared uretral cuando el paciente retiene la orina. El



procedimiento tarda 5 o 10' y se puede repetir cada 1-2 años, según sea necesario.

---

## **Menopausia**

Publicado el 13 de noviembre de 2015

Acaba de salir la guía del NICE (1). Aquí un mini resumen:

\* 80% de las mujeres que entran en menopausia tienen síntomas.

\* El síntoma principal son calores y sudoración nocturna.

Otros síntomas: cambios de humor, dolores musculares y articulares y cefaleas.

\* La duración de los síntomas en promedio es de 4 años.

Un 10% tiene una duración de 12 años.

### **Tratamiento de los síntomas vasomotores**

→ Ofrecer HRT a corto plazo (hasta 5 años) PREVIAMENTE discutir beneficios y riesgos a largo plazo:

\* Mujeres con útero: Estrógeno y progestágeno.

\* Mujeres sin útero: Sólo estrógeno.

NO ofrecer rutinariamente ISRS como tratamiento de primera línea para los síntomas vasomotores sólo.

→ Explicar a las mujeres que hay alguna evidencia con isoflavonas o cohosh negro (Cimicifuga racemosa) para aliviar los síntomas vasomotores.

Si te decidís por este tratamiento, hay que explicar que:

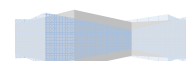
I) Existen múltiples preparados disponibles y su seguridad es incierta.

II) Que pueden variar con las diferentes preparaciones.

III) Se han descrito interacciones con otros medicamentos.

### **Inicio y detención de la TRH**

Explicar a las mujeres con útero que el sangrado vaginal es un efecto secundario común de la TRH en los primeros 3 meses de tratamiento, pero si ocurre debe avisarlo cuando venga al control de los 3 meses, o inmediatamente si se produce después de los primeros 3 meses.



Las mujeres que están dejando la TRH pueden reducir gradualmente o parar inmediatamente el tratamiento no produce ninguna diferencia en sus síntomas a largo plazo (a corto plazo es mejor disminuir lentamente).

### **Alteración de la función sexual**

→ Considerar testosterona para las mujeres menopáusicas con bajo deseo sexual si la HRT por sí sola no es eficaz.

→ Nota de PROFAM: Hay evidencia con Pregabalina a dosis altas.

<http://www.nice.org.uk/guidance/ng23>

---

### **Dolor Pelviano. Banderas rojas.**

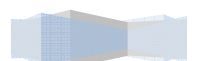
Publicado el 20 de noviembre de 2015

Las banderas rojas sugestivos de patología grave donde tenés que interconsultar urgentemente son cuando tenés Dolor Pelviano con los siguientes signos o síntomas:

- Persistente sangrado post-coital o intermenstrual.
- Masa pélvica.
- Apariencia anormal de cervix.
- Sangrado rectal o hábito intestinal alterado.
- Pérdida de peso repentina.

<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h5637>

---





# Problemas neurológicos

---

## Enfermedad de Parkinson: Mito y realidad

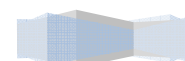
Publicado el 27 de abril 2015

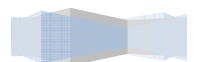
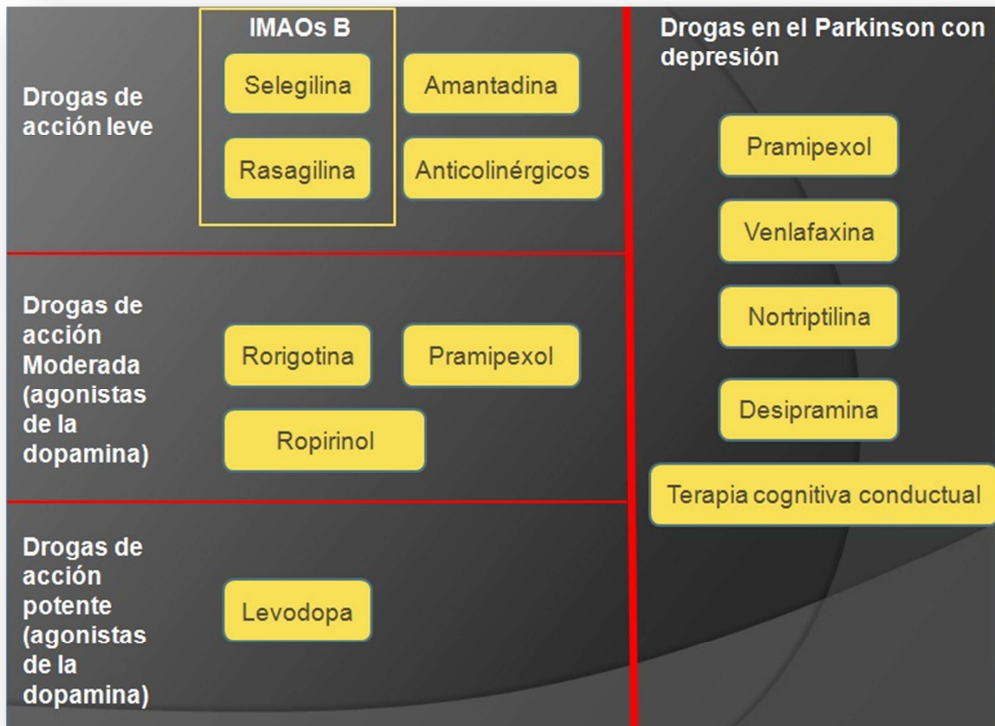
| <b>Mito</b>                                                                                         | <b>Realidad</b>                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>La enfermedad de Parkinson puede tener exacerbaciones espontáneas y aumentar inesperadamente</b> | Si bien los síntomas pueden fluctuar a través del día, el Parkinson es una enfermedad que empeora muy lentamente. Si los síntomas empeoran en semanas o días, es crítico buscar causas subyacentes. |

---

## Tratamiento del Parkinson

Publicado el 20 de agosto 2015





# Problemas ORL- Neumonológicos

---

## No trates con ATB

Publicado entre el 15 y el 18 de agosto 2015

Faringitis Aguda

Evitá darle ATB.

El 90% se resuelve en 7 días sin ATB y el dolor sólo se reduce en 16 horas

Si la puntuación de Centor es 3 o 4: (linfadenopatía; Tos; Fiebre y exudado amigdalino)

Considerar:

a. reevaluarlo en 2 o 3 días

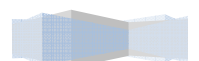
o

b. iniciar con ATB.

ATB para prevenir Amigdalitis NNT > 4000

ATB para prevenir otitis media NNT > 200

(1) NNT: Número necesario para tratar (Cuántas personas necesitás tratar para prevenir una amigdalitis)



### **Rinosinusitis Aguda**

Evita darle ATB. El 80% se resuelve en 14 días sin ATB. Sólo proveen un beneficio marginal después del séptimo día NNT 15 .

**Usar adecuada analgesia.**

**Considerar ATB a partir del 7mo día** o con descarga nasal purulenta.

NNT 8

En infección persistente usar un ATB con acción anaeróbica: Amoxiclavulánico.

(1) NNT: Número necesario para tratar (Cuántas personas necesitás tratar para prevenir una amigdalitis)

### Otitis Media Aguda

**Usar adecuada analgesia**

La OMA resuelve en el 60% en 24hrs SIN ATB.

Los ATB sólo reducen el dolor 2 días (NNT<sub>(1)</sub>= 15) **y no previenen la sordera.**

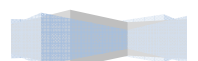
Considerá retrasar el tratamiento con ATB 2 o 3 días o

Dar ATB inmediatamente para aliviar el dolor en:

- a. **<2 años Y OMA bilateral (NNT= 4).**
- b. **abombamiento de membrana Y  $\geq 4$  síntomas definidos**
- c. **En cualquier edad si hay otorrea (NNT= 3).**

NNT para prevenir Mastoiditis > 4000

(1) NNT= Número necesario para tratar: Cuántas personas debo tratar con ATB para evitar...



### Bronquitis Aguda

Los ATB son de poco beneficio si no hay co-morbilidades.

Avisale al paciente que vas a esperar 7 días para ver si le indicás ATB.

La resolución de los síntomas puede llevar 3 semanas.

Indicá ATB inmediatamente si

- 80 años y uno de los siguientes: hospitalización en el último año, corticoides vía oral, DBT, ICC **O > 65 años con 2 de los anteriores.**

Considerá pedir Proteína C reactiva si sospechás neumonía.

Si la PCR <20mg/dl NO dar ATB

20-100mg/dl esperá

>100mg ATB Ya!

---

## Derrame pleural

Publicado el 19 de septiembre 2015

### Criterios de Light

Criterios de exudado

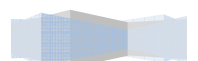
\* Proteínas líquido pleural/ proteína sérica > 0,5

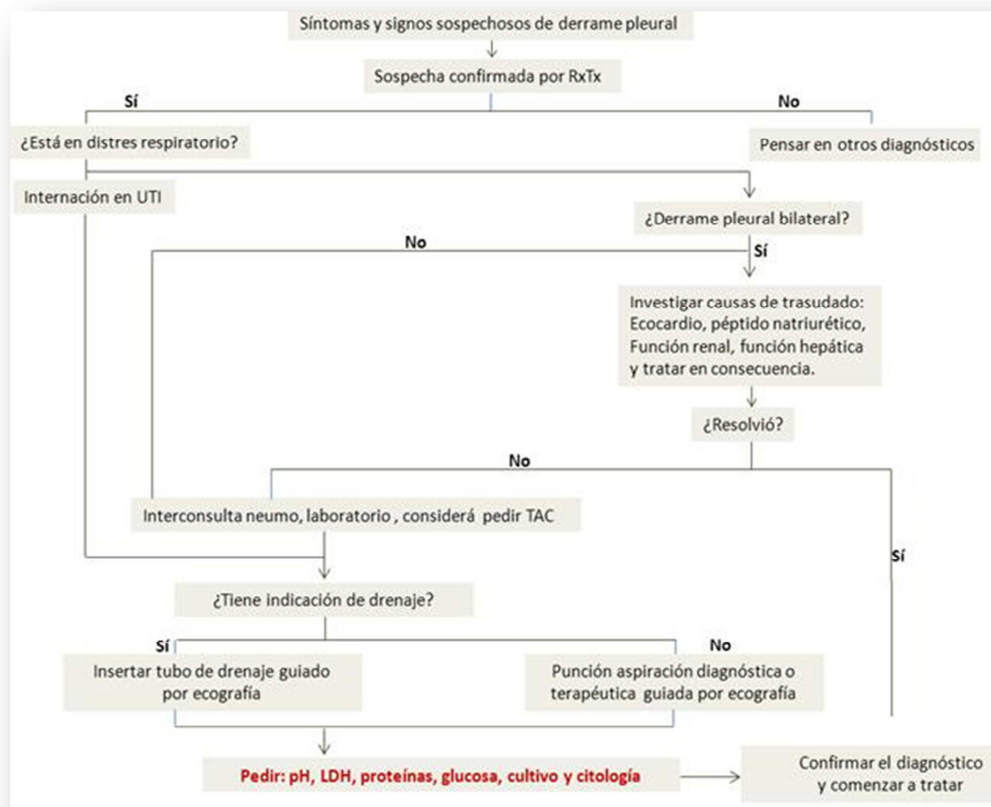
\* LDH líquido pleural/LDH sérica > 0,6

\* LDH líquido pleural más de dos terceras partes del valor superior normal que el valor de LDH sérico.

Si ninguno de los siguientes se cumplen, lo más probable es que sea un trasudado.

Algoritmo sugerido





<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4520>

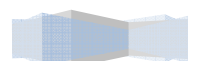
## Diagnóstico del paciente con EPOC (lo que necesitas saber)

Publicado entre el 30 de noviembre y 1 de diciembre 2015

### Diagnóstico

Lo que necesitas saber

- **No se realiza rastreo en población asintomática.**
- Pero tener un bajo umbral para considerar EPOC en cualquier paciente > de 35 años con disnea, tos crónica, expectoración crónica, infecciones respiratorias o sibilancias frecuentes, en presencia del principal factor de riesgo: Tabaquismo.



- **Cuando los pacientes son sintomáticos** el diagnóstico de EPOC se basa en:  
→ Síntomas + Espirometría post-BD (Relación VEF1-CVF <70%)

### **Factores de riesgo para EPOC**

- Fumar: Calcular paquetes año\*

A menudo se relaciona de una manera dosis-respuesta con gravedad y mortalidad.

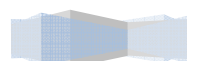
- Fumador pasivo.
- Humo de combustión para cocinar en casa y calefacción.
- Exposición laboral a polvos y productos químicos.
- Historia familiar.

\* Para calcular paquetes año:

Se divide el número de cigarrillos fumados/día por 20 y se multiplica por el número total de años.

Valores > a 20 paquetes año se consideran significativos para el desarrollo de la EPOC.

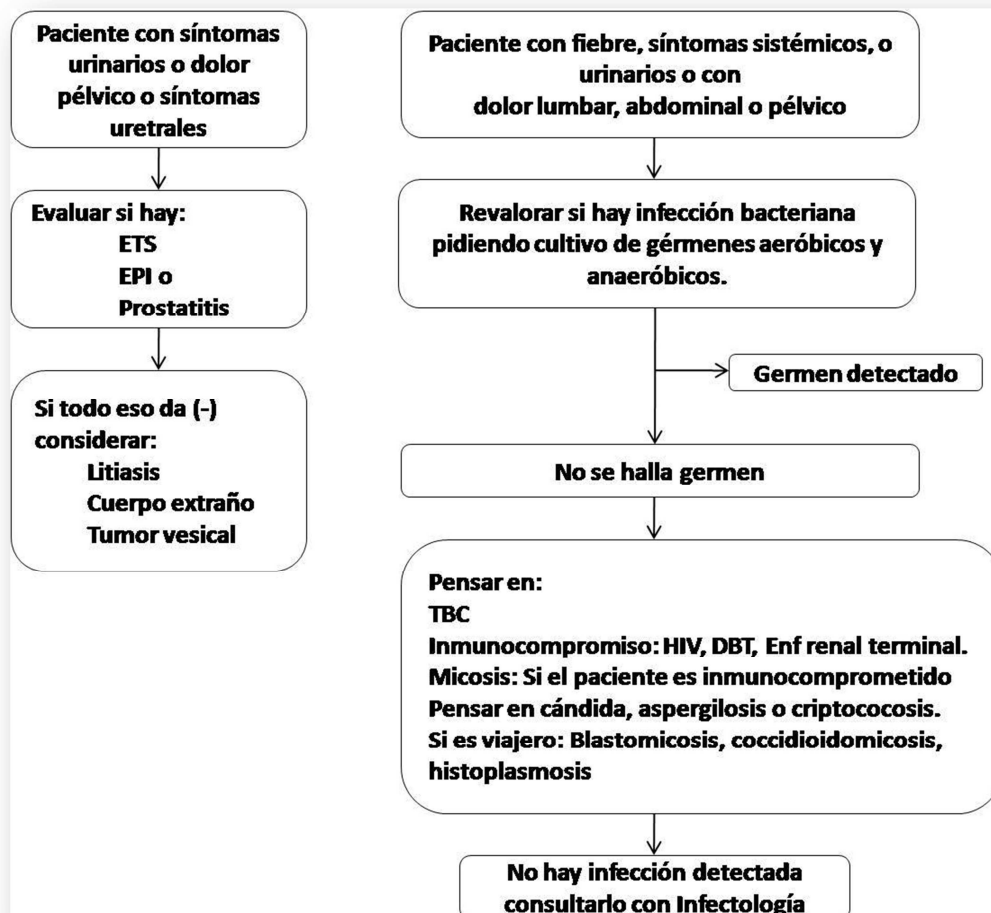
BMJ 2015; 351: 6171 (24 November 2015)



# Problemas Urológicos

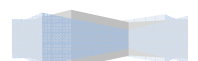
## Piuria esteril. Algoritmo diagnóstico

Publicado el 22 de marzo 2015



## Cáncer testicular

Publicado el 26 de abril 2015





Los factores que pueden aumentar el riesgo de cáncer testicular incluyen:

1. **Testículo no descendido (criptorquidia).** Los hombres con antecedentes de criptorquidia están en mayor riesgo de cáncer testicular en ambos testículos. El riesgo sigue siendo elevado incluso si el testículo se ha reubicado quirúrgicamente en el escroto.

Aún así, *la mayoría de los hombres que desarrollan cáncer testicular no tienen una historia de testículos no descendidos.*

2. **Desarrollo testicular anormal:** El síndrome de Klinefelter puede aumentar el riesgo de cáncer testicular.

3. **Historia familiar de cáncer testicular.**

4. **Edad:** El cáncer testicular afecta a adolescentes y hombres jóvenes, en particular aquellos entre los 15 y 35 años. Sin embargo, puede ocurrir a cualquier edad.

5. **Etnicidad.** El cáncer testicular es más común en blancos que en negros.

<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/testicular-cancer/basics/risk-factors/con-20043068>

---

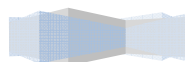
## Cáncer renal

Publicado el 30 de mayo 2015

JR es un hombre de 78 años sin antecedentes de importancia.

Consultó por presentar un cuadro de tos sin expectoración ni fiebre.

La Rx de tórax mostró lo siguiente:

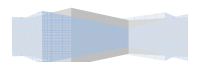




Las imágenes corresponden a metástasis pulmonar "en anillo". Algo típico de las metástasis en pulmón del cancer de riñón.

La tríada clásica: Dolor en flanco, hematuria, y masa abdominal palpable renal SÓLO se produce en un 9% de los pacientes; cuando están presentes, sugiere fuertemente enfermedad localmente avanzada. Otros síntomas y signos se relacionan con la invasión de estructuras adyacentes o metástasis a distancia.

- La hematuria se observa solamente si hay invasión tumoral del sistema colector. Cuando es grave, puede haber coágulos y molestias tipo "cólicos".
- Una masa abdominal o en el flanco, se asocia con tumores del polo inferior, se palpa con mayor frecuencia en las personas delgadas.



- Varicocele escrotal: En el 11%.

Los varicoceles no suelen "vaciar" cuando el paciente está en decúbito.

Este hallazgo siempre debe despertar sospechas de tumor renal por obstrucción de la vena gonadal donde entra la vena renal.

Las mtt pulmonares se han reportado en el 29 a 54% de los pacientes con Ca renal y son el sitio más común de la enfermedad metastásica.

*Más del 90% de las metástasis de pulmón se diagnostican cuando el paciente está asintomático.*

---

## Causas de infección urinaria en hombres

Publicado el 28 de octubre de 2015

En los hombres, la infección urinaria persistente o recurrente con el mismo organismo es altamente sugestiva de...

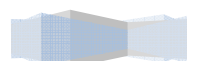
- A) Hipertrofia Prostática.
- B) ETS.
- C) Anomalía estructural de las vías urinarias.
- D) Prostatitis.

RESPUESTA CORRECTA: D

La presentación clínica de la prostatitis aguda por lo general no es sutil. Los pacientes suelen estar sintomáticos: Fiebre, escalofríos, malestar general, mialgias, disuria, síntomas urinarios irritativos (frecuencia, urgencia, incontinencia de urgencia), dolor pélvico o perineal y orina turbia. También pueden quejarse de dolor en la punta del pene. La inflamación próstática aguda puede causar síntomas miccionales inespecíficos.

Rara vez, los pacientes carecen de síntomas locales y presentan síntomas "tipo gripe".

Laboratorio: leucocitosis, piuria, bacteriuria, y, si hay signos de bacteriemia: hemocultivos positivos. La ESD o la proteína C reactiva están elevadas en la mayoría de los casos.



Urocultivo

El PSA puede estar elevado pero conviene pedirlo después de la resolución.

Ante la sospecha habrá que realizar un TR suave. La próstata está más inflamada y sensible.

Tratamiento ATB: Los que mejor concentran en próstata son:

TMP-SMX o Ciprofloxa 500 x 2

Duración: 6 semanas

Si hay enterococo Amoxicilina.

---

## **No trates la bacteriuria asintomática**

Publicado el 5 de diciembre 2015

El concepto es que el tratamiento de la bacteriuria asintomática promueve resistencia a los antibióticos!

Se recomienda tratarlas sólo en:

Mujeres embarazadas y

Hombres que se someten a procedimientos urológicos

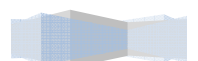
Un estudio (1) demostraba que las mujeres tratadas por BA tuvieron tasas significativamente más altas de recurrencia después de 12 meses en comparación con aquellos que no recibieron antibióticos.

Ahora, en una extensión de este estudio (2) (media de seguimiento, 39 meses), los mismos investigadores analizaron los resultados de 550 participantes (257 sin tratar y 293 tratados con ATB).

El riesgo de recurrencia fue 4,4 veces mayor en las mujeres que recibieron ATB que en las que no lo hicieron ( $p = 0,003$ ).

El riesgo de desarrollar bacteriuria recurrente con *E. coli* resistentes a amoxi/clavulánico ( $P = 0,03$ ), TMP-SMX ( $P = 0,01$ ), y ciprofloxa ( $P = 0,03$ ) fue significativamente mayor en los que recibieron antibióticos.

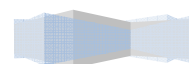
No sólo no previene la bacteriuria recurrente, sino que promueven a la resistencia.



Una vez que se desarrolla resistencia a los antibióticos, existe una baja probabilidad de reversión.

<http://cid.oxfordjournals.org/content/61/11/1662>

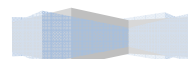
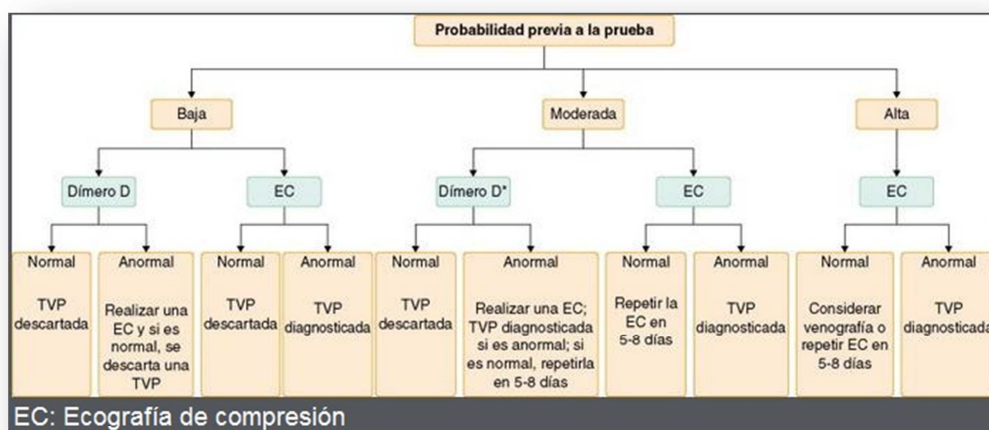
<http://cid.oxfordjournals.org/content/61/11/1655>



# Problemas Hematológicos

## Trombosis venosa profunda: Algoritmo diagnóstico

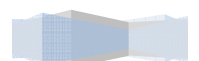
Publicada el 5 de junio 2015



# Problemas del sistema Ósteo-artículo-muscular

## Ejercicios para prevenir lumbalgia

Publicado el 29 de enero 2015



## Alteraciones de la RMN en la cervicalgia

Publicado el 17 de marzo 2015



**Tratar al paciente.  
No a las imágenes.**

***87.6 de personas asintomáticas tienen alteraciones discales en la RMN***

Un estudio transversal (1) tuvo como propósito determinar la prevalencia y características de los hallazgos anormales de la RMN de columna cervical. Los síntomas neurológicos y hallazgos anormales en la RMN son claves para el diagnóstico de enf. de la columna cervical.

Para determinar la importancia de las anomalías de la RMN, hay que tener en cuenta:

- 1) la frecuencia y
- 2) el espectro de anomalías estructurales, que puede haber EN SUJETOS ASINTOMÁTICOS.

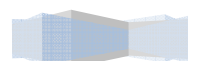
Se analizaron las imágenes de resonancia magnética cervical en 1211 voluntarios sanos.

La edad de los voluntarios sanos varió de 20 a 70 años, con aproximadamente 100 personas por década y por género.

Estos datos se utilizaron para determinar el espectro y el grado de protrusión discal, imágenes de compresión y aumento de la intensidad de la señal (signos de mielopatía compresiva).

¿Y qué encontraron?

El 87,6% tenía hernia discal que aumenta significativamente con la edad en





términos de frecuencia, gravedad y número de vértebras.

Incluso la mayoría de los jóvenes (20 años) tenían hernias discales (73,3% y el 78,0% de hombres y mujeres, respectivamente).

También 5.3% de personas asintomáticas fueron diagnosticados con signos de compresión medular y, mielopatía compresiva en el 2,3% de personas asintomáticas.

Estos números aumentan con la edad, especialmente después de los 50 años y en su mayor parte se produjo entre C5-C6 (41%) y C6-C7 (27%).

### **Conclusiones.**

Los hallazgos de la RMN de patología discal se observan con frecuencia en sujetos asintomáticos, incluso incluyendo gente de 20 años. El número de hallazgos aumenta normalmente con la edad y esto se acompaña de una mayor gravedad de abultamiento disco.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25584950>

---

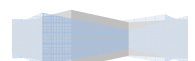
### **Disfunción de la articulación témporo-mandibular**

Publicado el 24 de marzo 2015

Las patologías de la ATM representan una serie de condiciones con fisiopatología compleja multifactorial, que son comunes a los 40 años.

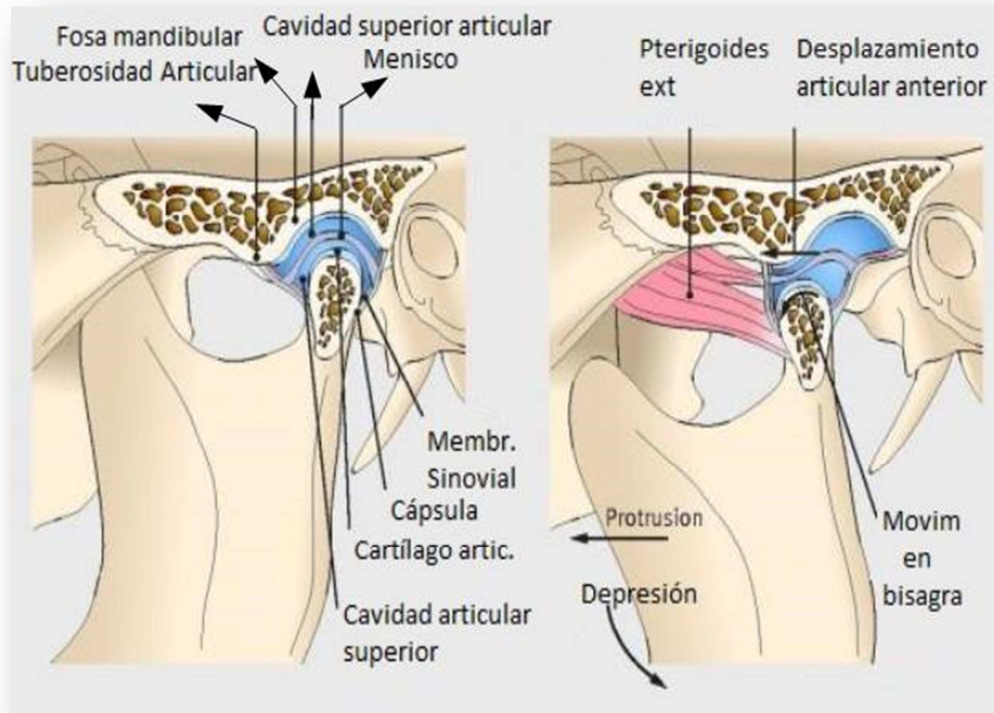
Se pueden presentar como:

- Un dolor continuo o episódico de intensidad variable alrededor de la misma o en los oídos que irradia hasta el temporal o hacia abajo (mandíbula hasta el cuello).
- Una situación crónica persistente puede estar asociada con otras condiciones de dolor crónico: migraña, fibromialgia y otras comorbilidades con bruxismo, depresión, colon irritable y fatiga crónica.

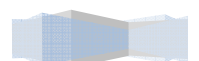


El tratamiento precoz: educación y asesoramiento es muy eficaz.

Los pacientes más complejos o con patologías persistentes requieren un enfoque biopsicosocial provisto por un equipo multidisciplinario del dolor.



### Diagnósticos diferenciales



| Si hay...<br>Pensá en...                                                                                        | Si hay...<br>Pensá en...                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Historia de malignidad potencial</b><br>Nuevo tumor o recurrencia o metástasis                               | <b>Alt. en la audición homolateral</b><br>Neurinoma VIII, otras enf auditivas                                                               |
| <b>Adenopatías o masas en cuello</b><br>Causa infecciosa, autoinmune o neopl.                                   | <b>Dolor lancinante unilateral paroxístico con o sin características autonómicas</b><br>Neuralgia del V                                     |
| <b>Historia de malignidad potencial</b><br>Nuevo tumor o recurrencia o metástasis                               | <b>Cambios oclusales nuevos determinado por el dentista</b><br>Trastorno del cóndilo, neoplasias, artritis reumatoide, y causas traumáticas |
| <b>Cambios en fc motora o sensorial</b><br>Compromiso intracraneal V, VII, VIII.                                | <b>Epistaxis recurrentes, secreción nasal purulenta, o anosmia</b><br>Sinusitis crónica o carcinoma nasofaríngeo                            |
| <b>Trismus</b><br>Cáncer de cavidad oral                                                                        |                                                                                                                                             |
| <b>Primer episodio en &gt; de 50 a, cefalea unilat, claudic mandib y malestar general</b><br>Arteritis temporal |                                                                                                                                             |

## ¿Se operan las fracturas de muñeca? Si funciona bien, no la toques!

Publicado el 2 de mayo 2015

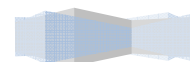
Las fracturas en el extremo inferior del radio, a menudo llamados "fracturas de Pouteau-Colles", son las más comunes. La mayoría se producen en ancianos (y en mujeres).

Anteriormente, estas fracturas se trataban con realineación manual y yeso ("reducción cerrada"). Frecuentemente no se mantenía la alineación; pero la fractura se curaría, con diferentes deformidades en la muñeca.

La funcionalidad normalmente es buena después de tales "consolidaciones viciosas". En muchos centros, estas consolidaciones viciosas son ahora consideradas fracasos, lo que exige fijación quirúrgica desde el principio con el fin de evitar el riesgo de redespazamiento gradual y "consolidación viciosa" asociada con la reducción cerrada y yeso.

Varias formas de fijación quirúrgica se han utilizado.

La mejor evidencia que tenemos para el tratamiento de las fracturas desplazadas de muñeca en los ancianos es un ensayo aleatorio 2011 (1).



En él, todas las fracturas fueron tratadas inicialmente con reducción cerrada y yeso, y luego se reevaluaron una semana después.

Las personas con fracturas que se habían desplazados fueron asignadas al azar a:

- a. Cirugía (para realinear la fractura y aplicar una placa) o
- b. Tratamiento no quirúrgico continuado (permanecer con el yeso con la fractura desplazada).

Los resultados mostraron que el dolor y la función fueron similares en ambos grupos. El grupo operado había tenido mucha mejor imagen radiológica, pero también tuvieron más complicaciones.

Hay otra evidencia (2) de que el aspecto radiográfico de las fracturas de muñeca NO se correlaciona con el dolor o la funcionalidad en pacientes de edad avanzada, y que la cirugía no proporciona una ventaja funcional global en este grupo.

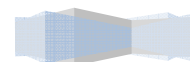
La fijación quirúrgica ofrece 2 ventajas: movimiento anterior (menos tiempo en yeso) y mejor fuerza de agarre, pero no proporciona una ventaja global en el dolor o la función global, y todos los estudios mencionados, y otros, han mostrado tasas de complicaciones de casi el 20%.

### **¿Cómo se explica esto?**

Las radiografías son un *subrogante*: Nuestro deseo de tratar a lo que podemos medir mediante la corrección a lo que consideramos "normal".

### **¿Por qué seguimos basando nuestras decisiones en las imágenes?**

- ¡Es más fácil!
- Se ajusta el modelo médico que podemos predecir el curso clínico de investigaciones.
- Tiene sentido (si usted no piensa en ello demasiado).
- Miedo de tener un mal resultado (o ser demandado). Siempre se ve mejor si el médico hizo algo (por lo menos lo intentó), en lugar de tratar la condición no operativa ("que no hizo nada!").



Es muy difícil para los médicos aceptar el desplazamiento de la fractura (o, de hecho, cualquier anomalía) en una radiografía, cuando saben que se puede corregir (independientemente de si se necesita corrección).

También es difícil para el paciente aceptar que la muñeca le quedará mal.

“...Es lo que el doctor le ha enseñado...”

“...Todo el mundo está haciendo lo mismo...”

Otros ejemplos

El tratamiento de los cambios degenerativos en el hombro (manguito de los rotadores) y la columna vertebral son más ejemplos de atribuir falsamente a los síntomas (muy frecuentes) de los hombros, el cuello y dolor de espalda a los cambios (muy comunes) que se ven en las imágenes (rectificaciones o signos de artrosis). El tratamiento de meniscos "desgarrados" (generalmente degenerativos) en las rodillas artríticas es otro ejemplo. Muchas otras fracturas es mejor no hacer nada (por ejemplo, fracturas del quinto metacarpiano).

(1)<http://jbjs.org/content/93/23/2146>.

(2)<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11999-008-0660-2>

---

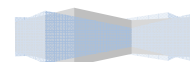
## ¿Se operan las fracturas de hombro?

Publicado el 3 de mayo 2015

Las fracturas que se producen en el extremo superior del húmero (llamado fracturas del cuello humeral) son frecuentes. Las que no están muy desplazadas no necesitan cirugía.

Las que están asociadas con luxaciones de la articulación del hombro se tratan quirúrgicamente.

La toma de decisiones no es tan clara, para todas las que están entre este rango. A menudo se operan a pesar de la falta de evidencia, sobre todo en pacientes ancianos con osteoporosis. Ahora, gracias a un estudio reciente, es posible que la mayoría de estas fracturas no necesiten más cirugía, incluso en



pacientes jóvenes. Al igual que vimos en el posteo de ayer, sabemos que podemos hacer que la radiografía se vea mejor si se alinean quirúrgicamente, o si se realiza un reemplazo (prótesis). Pero, ¿otra vez estamos simplemente tratando a los rayos X y no el paciente?

### **La evidencia hasta ahora**

Se han realizado varios ensayos aleatorios que compararon cirugía vs no cirugía para el tratamiento de las fracturas desplazadas, a partir de la década de los 80. En una revisión de estos estudios (1), se demostró que hay muy poca evidencia de que la cirugía haga alguna diferencia para los pacientes ya sea en términos de dolor o funcionalidad del hombro. De hecho, la única diferencia es que la cirugía tiende a conducir a más complicaciones y más cirugías secundarias al tratamiento no quirúrgico.

### **Nueva evidencia**

Un estudio publicado este año (2) ha proporcionado una buena evidencia de que la cirugía NO es necesaria para la mayoría de las fracturas desplazadas.

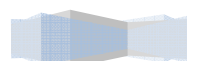
(1) <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000434.pub3/abstract>

(2) <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2190987>

---

## **Ejercicios para tendinitis epicondilea**

Publicado el 13 de mayo 2015



Mantener cada posición durante 5-10 segundos. Realizar una serie de 10 repeticiones, 3 veces al día.

### **Extensión y flexión de la muñeca**

Colocar el antebrazo sobre una mesa con una toalla enrollada para colocar la mano colgando del borde de la mesa, con la palma hacia abajo. Mover la mano hacia arriba hasta que sienta un suave estiramiento. Vuelva a la posición inicial.

Repetir los mismos movimientos con el codo doblado a su lado, con la palma hacia arriba.



### **Supinación/ pronación de la muñeca**

Póngase de pie o siéntese con el brazo a su lado con el codo doblado a 90 grados, con la palma hacia abajo.

Gire el antebrazo de manera que la palma quede hacia arriba y luego hacia abajo.



### **Desviación radial/cubital de la muñeca**

Apoye el antebrazo sobre la mesa en una toalla enrollada para el relleno o en su rodilla, con el pulgar hacia arriba.

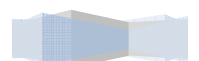
Mueva la muñeca hacia arriba y hacia abajo a través de su rango completo de movimiento.



---

## **Ejercicios para OA de manos**

Publicado el 16 de mayo 2015



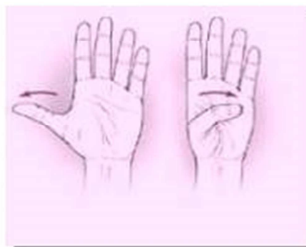
## Ejercicios para OA de manos

*Mantener cada posición durante 5-10 segundos.  
Realizar una serie de 10 repeticiones, tres veces al día.*

### Flexión del pulgar / extensión

Comience con el pulgar colocado hacia el exterior.

Mueva el pulgar a través de la palma y de vuelta a la posición inicial.



### Mano / tendón de los dedos

Comience con los dedos extendidos hacia afuera.

Haga un puño gancho; volver a posición extendida.

Haga un medio puño; volver a posición extendida.

Haga un puño completo; volver a posición extendida.



---

## ¿Sirven las rodilleras?

Publicado el 26 de junio 2015

Nadie sabe si realmente ayudan a estabilizar una rodilla inestable o disminuir el dolor de una artrítica.

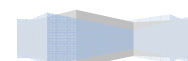
La evidencia es contradictoria.

Es importante, sin embargo, diferenciar entre los tipos de soportes de rodilla.

Hay rodilleras que incluyen materiales rígidos (plástico o fibra de carbono) que presionan físicamente contra los huesos de la rodilla y proporciona un apoyo externo firme.

Las de neoprene son más suaves y no proporcionan el mismo soporte mecánico, precisamente porque son suaves.

Por lo general, las rodilleras de neoprene se creen que funcionan al ayudar en la propiocepción. En teoría, la mejora de la propiocepción en torno a la





articulación de la rodilla podría aumentar la estabilidad de la rodilla mediante la mejora del balance.

Sin embargo, un estudio de 2012 realizado en personas con artritis de la rodilla encontró que no hay mejoras significativas en el equilibrio con el uso de una rodillera de neoprene.

También hay poca evidencia de que la rodillera sirva para proteger de lesiones.

En particular, las rodilleras con apoyo o descargador, hacen algo de presión a la articulación de la rodilla al caminar, se ha demostrado en algunos estudios que ayudan a las personas con artritis de rodilla a permanecer activos y retrasan un tiempo la cirugía.

Los refuerzos laterales en las rodilleras, pueden ayudar después de ciertos tipos de trauma de la rodilla, especialmente un desgarro del ligamento colateral medial, una lesión común en los deportistas. Un desgarro del ligamento colateral medio generalmente curan sin cirugía si la rodilla se apoya correctamente.

[http://well.blogs.nytimes.com/2015/06/26/ask-well-assessing-knee-supports/?ref=health&\\_r=0](http://well.blogs.nytimes.com/2015/06/26/ask-well-assessing-knee-supports/?ref=health&_r=0)

---

## **Artroscopía de rodilla... ¡No!, ¡siga con la kinesiología!**

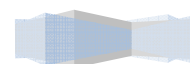
### **Más daños que beneficios.**

Publicado el 21 de junio 2015

La cirugía artroscópica para la gonalgia en pacientes de mediana edad y de edad avanzada NO es más beneficiosa que la atención estándar por más de 6 meses y se asocia con daños.

Se acaba de publicar en el BMJ un nuevo meta-análisis (1).

En nueve estudios, casi 1.300 pacientes fueron asignados al azar a una meniscectomía parcial, debridamiento, o ambos vs tratamientos de control (por ej., cirugía placebo, ejercicio).



El dolor fue ligeramente mejor a los 3 y 6 meses después de la cirugía, pero no a los 2 años (medido por una escala analógica visual). Entre los subgrupos, incluidos los pacientes con osteoartritis comprobada por radiografía, los resultados fueron similares.

En cuanto a la funcionalidad no hubo diferencias entre los tratamientos.

El análisis de 2 ensayos aleatorios y 7 estudios observacionales mostró que los **efectos adversos de la cirugía** no fueron insignificantes:

→ TVP se produjo en 4/1.000 cirugías.

→ Infecciones en 2.11/1000.

→ TEP en 1.45/1000.

→ Mortalidad 1/1000.

Los autores concluyen que: "La evidencia disponible apoya evitar una práctica médica común como operarse."

(1) <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h2747>

---

## Simple... para el dolor lumbar simple

Publicado el 7 de agosto 2015

Alrededor del 10% de los hombres tiene lumbalgia, y hasta el 90% tendrá lumbalgia en algún momento de sus vidas.

La mayoría de los episodios de dolor lumbar mejoran con el tiempo, a menudo dentro de algunas semanas. Para controlar el dolor (ya que es importante estar activo) hay dos opciones: Paracetamol u AINEs.

### \* Frío o calor:

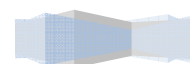
En los primeros días, cuando el dolor es más intenso y puede haber inflamación → Compresas frías x 15'.

Después de unos días, cambiar a compresas calientes para relajar los músculos afectados y vasodilatar la zona.

Este enfoque simple puede reducir la dependencia de los analgésicos.

### \* Mantenerse activo:

Cantidades limitadas de descanso sentado o acostado puede ayudar cuando



el dolor es más intenso, pero va a hacer mejor en el largo plazo si sigue haciendo sus actividades diarias.

**\* Estirar y fortalecer la espalda:**

Una vez que el dolor disminuye, es útil hacer ejercicio regularmente para estirar y fortalecer los músculos que sostienen la columna vertebral. Esto ayuda a prevenir futuros episodios.

**\* Desarrollar técnicas seguras:**

Es nuestra función educar a la gente a levantar objetos pesados con las rodillas flexionadas o codos flexionados

**¿Funciona el paracetamol?**

El paracetamol evita la gastritis que sí producen los AINEs, a pesar de que los AINEs suelen funcionar mejor para el dolor de espalda.

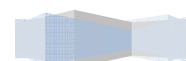
Hay buena evidencia de que el paracetamol alivia dolores de cabeza, dolor dental y dolor después de la cirugía, pero su efectividad para el dolor de espalda es menor.

Una revisión reciente del BMJ encontró sólo tres ensayos clínicos que compararon directamente paracetamol con un placebo para el dolor lumbar. Más de 1.800 participantes, ninguna evidencia de alivio del dolor, discapacidad reducida, o mejora de la calidad de vida.

Un estudio australiano publicado en The Lancet, que proporcionó el 90% de los datos de la revisión del BMJ encontró que el tiempo de recuperación era el mismo (aproximadamente 17 días) si tomaban paracetamol o placebo.

Es importante tener en cuenta que estos ensayos clínicos midieron el efecto de acetaminofén en un grupo diverso de los enfermos de dolor de espalda.

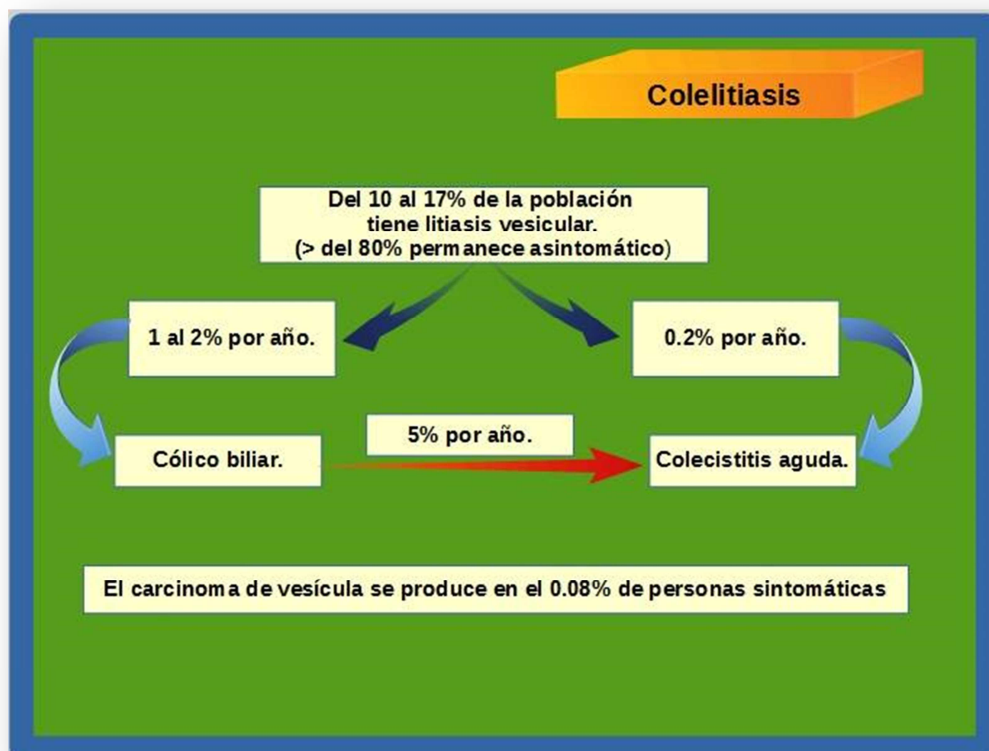
Todos los dolores no son lo mismo, y el paracetamol podría ser útil en ciertos individuos. Pero la investigación sugiere que NO te sorprendas si no funciona. No necesariamente tenés que elegir entre paracetamol y AINEs, podés probar con ambos al mismo tiempo. Muchas personas encuentran que tiene beneficios aditivos.



# Problemas Gastroenterológicos

¿Por qué los médicos de familia no vemos tantas colecistitis y sí muchas colelitiasis?

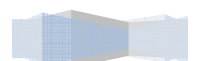
Publicado el 3 de mayo 2015



Interacciones de factores asociados a la úlcera péptica sangrante.

Publicado el 15 de mayo 2015

- Infección por *Helicobacter pylori*
- AINEs
- Aspirina a dosis bajas



Un estudio multicéntrico español, caso-control de 666 pacientes hospitalizados con hemorragia mayor por úlcera péptica sangrante (Casos) y un número igual de controles emparejados por sexo, edad.

La infección por *H. pylori* fue identificado por serología, y el uso de AINE y Aspirina a dosis bajas (considerado por separado de otros AINEs) se determinó mediante un cuestionario.

*La infección por H. pylori* fue significativamente más frecuente en los casos que en los controles (74,3% vs. 54,8%), al igual que el *uso de AINE* (34,5% vs. 13,4%) y el uso de *AAs a bajas dosis* (15,8% vs. 12,0%).

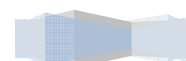
Los pacientes con infección por *H. pylori* y AINES simultáneos tuvieron 8 veces más riesgo e sangrado que los pacientes sin factores de riesgo, y los pacientes con infección por *H. pylori* y AAs a bajas dosis tuvieron un riesgo 3,5 veces mayor.

Debido a que el riesgo relativo asociado con infección por *H. pylori* + uso de AINE (8.0) fue mayor que el riesgo aditivo de cada factor por sí solo (6,2), los investigadores sugieren que existe una interacción positiva entre los dos.

Los pacientes con alto riesgo que deben tomar AINEs o aspirina deben recibir un prazol como profilaxis, y si la infección por *H. pylori* está documentada debe ser erradicada para disminuir aún más el riesgo de sangrado.

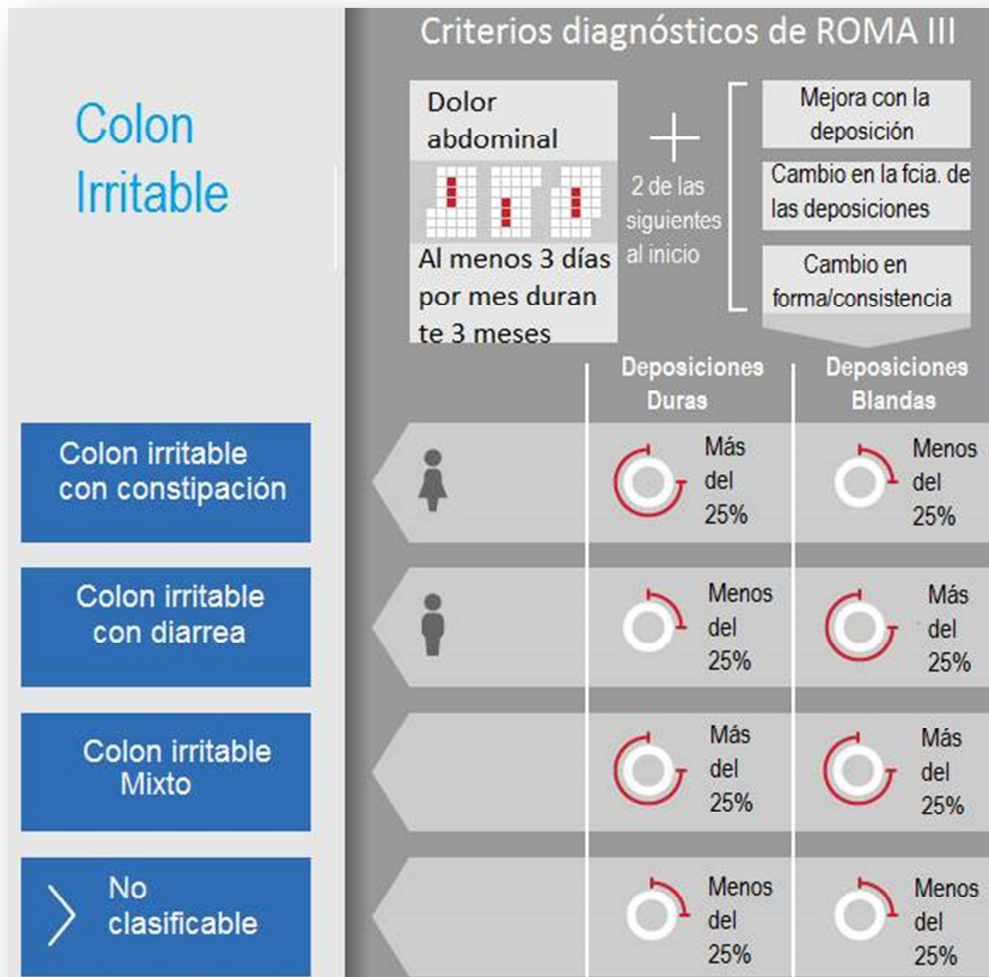
<http://www.nature.com/ajg/journal/v110/n5/full/ajg201598a.html>

---



## Predominio de síntomas del colon irritable

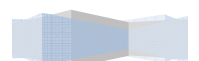
Publicado el 21 de junio 2015



## ¿Probaste con alginato?

Publicado el 8 de julio 2015

Para los que somos viejos médicos de familia, el ácido algínico (alginato), es algo que hemos utilizado durante mucho tiempo, es un producto derivado de las algas marinas que, básicamente, forma una película en la parte superior del fundus gástrico lo que crea un efecto antiácido.



Es un tratamiento que se remonta a la década del '80, y se puede indicar con tranquilidad en embarazadas.

Un estudio europeo prospectivo, aleatorizado [1] usó Alginato + un inhibidor de la bomba de protones (IBP) en la enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE).

Muchos pacientes que consultan en el ambulatorio tratados sólo con IBP tienen una "respuesta parcial". En ellos, el agregado con alginato (Gaviscon) tienen un beneficio complementario muy importante.

Estos investigadores estudiaron alginato como un tratamiento complementario en pacientes con síntomas nocturnos de acidez, y los resultados fueron estadísticamente significativos.

Puede ser fácil (y económico) añadir este fármaco antes de derivar a los pacientes al gastroenterólogo.

*Esperá! ANTES además hay que decirles que levanten la cabecera de la cama + que coman más temprano!*

(1) Reimer C, Ng B, Smith G, Wilkinson J, Reader S, Bytzer P. Concentrated alginate as add-on therapy for gastroesophageal reflux disease: patients with inadequate response to once/daily proton pump inhibitors: a multicenter, randomized, double blind, placebo controlled pilot study. Program and abstracts of Digestive Disease Week; May 16-19, 2015; Washington, DC. Abstract 691.

---

## **Actualizando los riesgos de la Enfermedad Celíaca (EC)**

Publicado el 16 de noviembre 2015

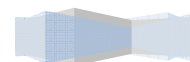
Hace poco el BMJ acaba de sacar una actualización. (1)

Mortalidad

Si bien la mayoría de los estudios indican que la EC está asociada a un aumento del riesgo de mortalidad y cáncer, el exceso de mortalidad es bajo.

Un estudio británico publicado en 2015, sugiere que los pacientes no tienen un mayor riesgo de muerte.

Cáncer



En el caso del linfoma no Hodgkin sucede exactamente lo mismo. Los primeros informes hablaban de 10 veces más de riesgo en los pacientes con EC pero esto ha bajado en el mundo con un exceso de riesgo absoluto de 40/100.000 años-persona. El riesgo futuro de linfoma no Hodgkin es dependiente de la curación de la mucosa. De los cánceres gastrointestinales, la mayor relación es para un poco frecuente tumor, el adenocarcinoma intestinal y aquí también el riesgo absoluto es bajo (10 casos en 28.882 pacientes).

Los pacientes con EC no parecen estar en aumento del riesgo de cáncer de próstata y cáncer de mama, que son comunes en la población general.

#### Enfermedades autoinmunes

La prevalencia de la EC en muchas enf. autoinmunes es de casi 5%. La asociación con la enfermedad celíaca es bidireccional, personas con enfermedad celíaca tienen aumento del riesgo de enf. inmunes y viceversa.

#### Enfermedad gastrointestinal

La EC también se ha relacionado con trastornos GI tales como enf. hepática y pancreática.

El espectro de la enfermedad varía de:

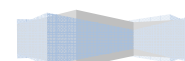
Asintomática (sólo aumentan GOT-GPT) a insuficiencia hepática, cá de hígado, y cá de páncreas. Para varios cá gastrointestinal, en particular pequeños adenocarcinomas intestinales, los riesgos relativos son sorprendentemente altos en el primer año del diagnóstico de la enf. Celíaca.

Enf coronaria: Datos contradictorios

#### Embarazo

A diferencia de la EC diagnosticada, en varias ocasiones, la EC no diagnosticada se ha relacionado con resultados adversos del embarazo, incluyendo el aborto espontáneo. Sin embargo, en estudios a gran escala, de EC diagnosticada y no diagnosticada no parece ser el principal factor de riesgo de malformaciones congénitas. Datos recientes indican también que la infertilidad es rara en mujeres con la enfermedad.

(1) [BMJ 2015;351:h4347](#)





# Problemas Psicosociales

---

## ¿Sabías qué hacer con los pacientes que sufren adicción al juego?

Publicado el 8 de diciembre 2015

Como toda adicción:

Tardan en pedir ayuda

Deteriora su vida personal y familiar

El ciclo del jugador es:

Perder → perseguir la pérdida → perder de nuevo

Las sensaciones que siguen son frustración, enojo, decepción.

Se comienza a mentir para cubrir la pérdida, lo que lleva a daño de la autoestima y el ego, depresión, desesperanza, ansiedad crónica, incapacidad de enfocarse en otros temas.

Se puede ganar algo, pero nunca tanto como la pérdida total, por lo que a pesar de que se puede sentir una elevación de la autoestima siempre habrá una deuda para apostar nuevamente!

### **La adicción al juego o ludopatía**

Es el comportamiento de mala adaptación de juego persistente y recurrente, caracterizada por algunos de los siguientes:

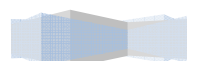
- \* Preocupación por los juegos de azar
- \* Necesidad de jugar cantidades crecientes
- \* Imposibilidad de reducirlo o suspenderlo
- \* "Perseguir" las pérdidas, mintiendo acerca de los juegos de azar, consecuencias sociales y financieras.

Detectar el problema

Los ludópatas son muy reacios a buscar ayuda por miedo a la estigmatización, la culpa o la vergüenza por la conducta de juego y sus consecuencias.

Al solicitar la ayuda:

1. No recurren directamente a los especialistas
2. Su "carta de presentación" son síntomas físicos, trastornos psiquiátricos,



dificultades financieras, problemas legales o de violencia doméstica.

Esto genera que taremos en diagnosticarlo ("adicción oculta").

Te proponemos que tengas especial cuidado en estos grupos de "alto riesgo":

→ Quejas físicas inespecíficas

→ Síntomas asociados al estrés

→ Personas con trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad y abuso de alcohol, los que cometen violencia doméstica, y aquellos con dificultades financieras.

Muchos cuestionarios están disponibles para la detección:

El más usado en atención primaria es el Lie/bet por su sencillez.

Consta de dos preguntas:

"¿Alguna vez sentiste necesidad de apostar más y más dinero?"

Y

"¿Alguna vez tuvo que mentirles a las personas que son importantes para usted acerca de lo mucho que juega?"

Una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas identifica a una persona que es probable que sea un jugador con problemas. Sens 99% Esp 91%

Intervenciones

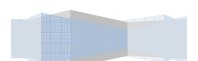
- Terapia uno a uno o en grupo
- Terapia cognitiva-conductual (TCC).
- Evaluación psiquiátrica y tratamiento médico de otros problemas de salud mental.
- Trabajos individuales para fomentar la motivación y los cambios de vida.
- Reuniones con la familia afectada.

Jugadores Anónimos, un grupo de autoayuda inspirado en Alcohólicos

Anónimos, es otra fuente ampliamente disponibles de tratamiento psicológico.

Farmacoterapia sigue teniendo sólo un pequeño papel en el tratamiento de esta condición: (IRSS, naltrexona).

<http://www.jugadoresanonimos.org.ar/>



## ¿Qué es el estrés postraumático?

Publicado entre el 15 y 17 de diciembre 2015

Es un trastorno mental que puede desarrollarse después de la exposición a eventos amenazantes u horripilantes.

Mucha gente puede resistir y tener capacidad de recuperarse después de una exposición traumática.

Puede ocurrir después de un evento único o de una exposición prolongada (abuso sexual en la infancia).

Los pacientes con estrés postraumático tienen mayor riesgo de experimentar problemas físicos, incluyendo cuadros somatomorfos, cardiorrespiratorios, musculoesqueléticos, gastrointestinales, e inmunológicos.

También se asocia con comorbilidad psiquiátrica y problemas económicos.

El EPT afecta al 3% de la población en algún momento y llega a más del 50% en los sobrevivientes de violación.

Los síntomas incluyen

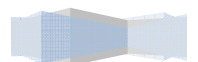
- \* Recuerdos intrusivos persistentes
- \* Evitación de estímulos relacionados con el trauma,
- \* Trastornos cognitivos negativos y del estado de ánimo.

El diagnóstico puede ser hecho en alguien cuya capacidad de funcionar normalmente ha estado notablemente deteriorada al menos durante un mes según el DSM-5. Algunos eventos como amenazas, divorcio, muerte de una mascota, o diagnóstico de cáncer en un miembro cercano de la familia NO son considerados suficientemente extremos para precipitar un EPT. Sin embargo, puede dar lugar a síntomas casi idénticos y plantea dudas sobre la validez de las definiciones.

Son frecuentes presentaciones tardías (a veces años después).

## ¿Se puede prevenir?

Las intervenciones psicológicas han sido evaluadas después de traumas en relación con un incidente aislado, como un accidente de tráfico y agresiones físicas o sexuales. Un meta-análisis muestra que intervenciones breves,



centradas en el trauma, intervenciones cognitivo-conductuales pueden reducir la gravedad de los síntomas cuando la intervención está dirigida a las personas con síntomas tempranos.

Otras intervenciones demostraron ser ineficaces.

#### Fármacos

No hay evidencia sólida que apoye el uso de intervenciones farmacológicas.

#### Prevención en eventos traumáticos a gran escala

La evidencia para apoyar la intervención de rutina después de eventos traumáticos que involucran a muchas personas (por ejemplo, ataques terroristas, desastres naturales, Cromañon) es deficiente. Sin embargo, algunas evidencias sugieren que los altos niveles de apoyo social se perciben como de protección.

Guías de consenso recomiendan de entrada apoyo práctico y pragmático, pero evitar intervenciones clínicas formales a menos que se indiquen otra cosa.

### **¿Se puede tratar?**

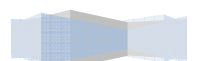
#### Terapia psicológica

Las guías clínicas recomiendan terapias psicológicas centradas en el trauma y tratamiento de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular se han encontrado ser igualmente eficaces.

Terapias No centradas en el trauma (incluyendo técnicas de manejo de los flashbacks (por ejemplo, centrarse en el aquí y ahora), entrenamiento de relajación (por ej. respiración controlada relajación muscular progresiva), pensamiento positivo y hablarse a uno mismo (por ej repetir "Yo puedo lidiar con esto") se han encontrado ser buenas, pero no se pueden mantener en el tiempo.

#### Programas de autoayuda

Alguna evidencia sugiere que las terapias de autoayuda alivian eficazmente los síntomas de estrés postraumático



El tratamiento farmacológico

El NICE recomienda tratamiento farmacológico una vez iniciada la terapia psicológica: Antidepresivos.

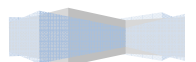
### **Tips finales**

\* Tené en cuenta que el EPT se asocia con depresión, trastornos de ansiedad, uso/abuso de drogas y consumo de alcohol. Algunas evidencias sugieren que el tratamiento psicoterápico focal puede ser efectivo con intervenciones concomitantes para estabilizar el consumo de drogas o alcohol, pero los efectos del tratamiento no son tan grandes en ausencia de abuso de drogas o alcohol.

### **¿Cuál es el pronóstico?**

Hay pocos estudios de seguimiento longitudinales y para muchos pacientes el cuadro es severo y duradero. Pero el tratamiento es beneficioso, incluso cuando los síntomas han estado presentes por muchos años.

BMJ 2015;351:h6161 doi: 10.1136/bmj.h6161 (Published 26 November 2015)

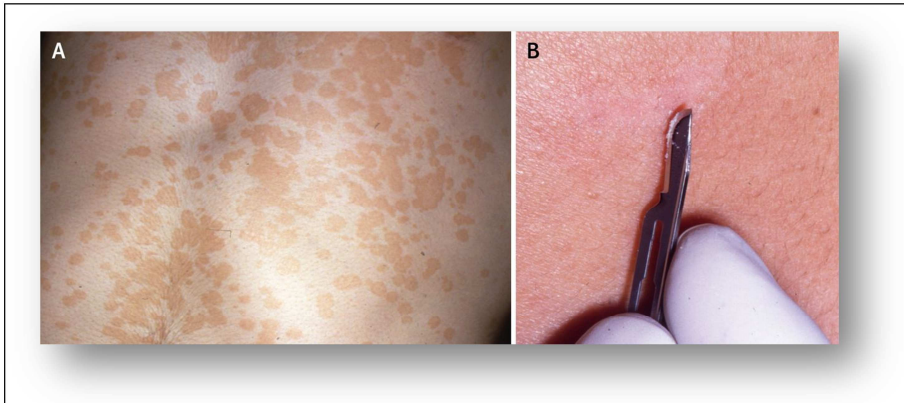


# Problemas Dermatológicos

---

## Pitiriasis Versicolor

Publicado el 12 de abril 2015



La pitiriasis versicolor es una infección micótica superficial de la piel causada por especies de *Malassezia* que induce una erupción característica de bien delimitadas, placas escamosas que pueden ser hipo, hiperpigmentadas o eritematosas.

El diagnóstico generalmente es por la observación de las lesiones. Al rasparlas se hacen más evidentes.

Al microscópico se ven numerosas esporas e hifas.

## Tratamiento

El tratamiento tópico de primera línea incluyen:

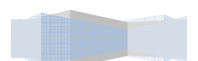
Ketoconazol, sulfuro de selenio, o champú con piritiona de zinc.

El tratamiento sistémico se debería iniciar si la enfermedad es extensa.

Recurrencia de la enfermedad ES FRECUENTE.

Opciones para la profilaxis incluyen ketoconazol tópico, sulfuro de selenio, o champú con piritiona de zinc.

BMJ 3/2015



## Tips de prurito crónico.

Publicado el 20 de abril 2015

- El prurito crónico es aquél que dura > de 6 semanas.
- Si por la evaluación clínica definís psoriasis o eczema no hace falta pedir más estudios.
- Los estudios reservalos sólo sino llegaste a un diagnóstico de enfermedad primaria de piel o si no responde después del tratamiento.
- Un conjunto de pacientes tendrán una historia de hallazgos al examen clínico que te harán sospechar en enf psiquiátrica o neurológica: Lesión en los sitios del alcance de la mano, síntomas diurnos que empeoran cuando “no está ocupada”.
- Recordá que las lesiones de rascado crónico pueden llevar a nódulos, líquenes y erosiones.
- Mejor que los corticoides son los humectantes que tengan mentol o algún anestésico local y los antialérgicos vo también pueden funcionar.

[http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=2276926&utm\\_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=ArchivesofInternalMedicine%3AOnlineFirst04%2F20%2F2015](http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=2276926&utm_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm_medium=email&utm_campaign=ArchivesofInternalMedicine%3AOnlineFirst04%2F20%2F2015)

---

## Prurito Crónico II

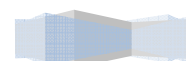
Publicado el 18 de octubre 2015

### ¡ Antihistamínicos

En la práctica clínica, los antihistamínicos sedantes (por ej, la hidroxizina, doxepina, y difenhidramina) se utilizan a menudo como tratamiento de primera línea para el prurito.

Sin embargo, los datos de los ensayos aleatorizados carecen de apoyo a la eficacia de los antihistamínicos en condiciones pruriginosas distintos a la urticaria. Al parecer, en la práctica, los beneficios observados pueden deberse a las propiedades soporíferas de los medicamentos.

La gabapentina y la pregabalina, son eficaces para varios tipos de prurito.



### ¶ Antidepresivos

IRSS (por ej, paroxetina, sertralina, fluvoxamina y fluoxetina) reducen el prurito generalizado de varios tipos, incluyendo (pero no limitado) a la tiña psicógena, en series de casos.

### ¶ Los agonistas y antagonistas opiáceos

Los ensayos aleatorios, controlados han demostrado efectos antipruriginosos de antagonistas opiáceos (por ej., naltrexona, naloxona) en pacientes con urticaria crónica, eccema atópico, y colestasis. No han sido beneficiosos en el prurito en pacientes con enfermedad renal crónica. Ef. adversos iniciales: Náuseas, pérdida de apetito, calambres abdominales y diarrea.

### ¶ Fototerapia

Reduce el prurito causado por la enfermedad renal crónica y mejora la picazón en enfermedades de la piel tales como la psoriasis, eccema atópico, y linfoma cutáneo de células T.

### MANEJO

En pacientes con prurito severo que no pueden ser controlado con tto local y no se identifica la causa subyacente,

Recomendamos:

1. Antihistamínicos sedantes se utilizan comúnmente como terapia de primera línea, pero a menudo tienen sólo una eficacia modesta en la práctica

Si no mejora...

2. Gabapentina, comenzando con una dosis baja (por ejemplo, 300 mg y aumentando hasta 2400 mg al día en dosis divididas).

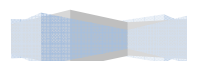
Si no es suficiente...

3. Mirtazapina en dosis bajas (7,5 a 15,0 mg por la noche), aunque los datos de los ensayos aleatorizados carecen apoyar este enfoque.

---

### Herpes genital primer episodio

Publicado el 12 de junio 2015





### Primer episodio clínico de herpes genital

Herpes genital recién adquirido puede causar una enfermedad clínica prolongada con ulceraciones genitales graves y compromiso neurológico.

Incluso las personas con primer episodio de herpes tienen manifestaciones clínicas leves inicialmente pero pueden desarrollar síntomas graves o prolongados.

Por lo tanto, **TODOS LOS PACIENTES CON PRIMER EPISODIO DE HERPES GENITAL DEBEN RECIBIR TRATAMIENTO ANTIVIRAL.**

#### Posibilidades

|                               |                |             |
|-------------------------------|----------------|-------------|
| Aciclovir 400 mg por vía oral | 3 veces al día | 7 a 10 días |
| Aciclovir 200 mg vo           | 5 veces al día | 7 a 10 días |
| Valacyclovir 1 g vo           | 2 veces al día | 7 a 10 días |
| Famciclovir 250 mg vo         | 3 veces al día | 7 a 10 días |

*Si la curación es incompleta el tratamiento puede extenderse más de 10 días.*

<http://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>

---

## Herpes genital recurrente

Publicado el 12 de junio 2015



### Terapia de supresión de herpes genital recurrente

La terapia supresiva reduce la frecuencia de las recurrencias de herpes genital en un 70% -80% en los pacientes con recurrencias frecuentes y no tanto. La seguridad y eficacia para el aciclovir se han documentado hasta 6 años y con valaciclovir o famciclovir durante 1 año.

La frecuencia de las recurrencias de herpes genital disminuye con el tiempo en muchas personas, potencialmente resultando en una adaptación psicológica a la enfermedad. Por lo tanto, periódicamente durante el tratamiento supresivo (por ej., una vez/año), los médicos deben discutir la necesidad de continuar con la terapia. Sin embargo, NO es necesaria ni la interrupción del tratamiento ni algún tipo de seguimiento.

La terapia antiviral supresiva también es probable que reduzca la transmisión cuando es utilizada en personas con múltiples parejas y por aquellos que son el VHS-2 seropositivos sin antecedentes de herpes genital.

#### Posibilidades

|                               |                |             |
|-------------------------------|----------------|-------------|
| Aciclovir 400 mg por vía oral | 2 veces al día | 7 a 10 días |
| Valaciclovir 500 mg vo        | 1 vez al día   | 7 a 10 días |
| Valaciclovir 1 g vo           | 1 vez al día   | 7 a 10 días |
| Famciclovir 250 mg vo         | 2 veces al día | 7 a 10 días |

<http://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>

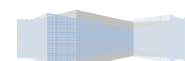
---

## Los acrocordones NO son verrugas.

Publicado el 11 de octubre 2015

Son formaciones benignas muy comunes, pequeñas, y por lo general pedunculadas.

Consisten en hiperplasias de dermis y epidermis, y suelen ser del mismo color de la piel o marrones (Ver foto). Tienen un tamaño de 2 a 5 mm aunque pueden llegar a ser más grandes.





Los lugares más comunes donde crecen son en los pliegues de la piel (por ej, cuello, axilas, ingle), donde hay irritación de la piel que puede ser un factor causal. Se producen en 25% a 46% de los adultos y aumentan con la edad y durante el embarazo.

Se asocian con el síndrome metabólico (obesidad, dislipidemia, hipertensión, resistencia a la insulina, y niveles elevados de proteína C reactiva). Esto sugiere que pueden ser vistos como “pistas cutáneas” de enf cv.

El diagnóstico se basa en la aparición y localización de las lesiones.

Dx diferencial: Con neurofibromas, queratosis seborreicas y nevos pedunculados.

Tratamiento: Consiste en criocirugía, electrodesecación, o simple escisión por afeitado o tijera. La electrodesecación causa menos hipopigmentación que la crioterapia

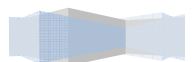
---

### **Tratamiento de la Onicomycosis.**

Publicado el 2 y 3 de diciembre 2015

Tasas de curación micológica en ensayos controlados aleatorios:

- Terbinafina ( $76 \pm 3\%$ )
- Pulsos con itraconazol ( $63 \pm 7\%$ )



- Griseofulvina ( $60 \pm 6\%$ )
- Tratamiento continuo con itraconazol ( $59 \pm 5\%$ )
- Fluconazol ( $48 \pm 5\%$ )

Las tasas de curación clínica son más difíciles de evaluar entre los ensayos, ya que la resolución completa de cambios en las uñas pueden requerir un seguimiento de más de 12 meses, incluso cuando la infección fúngica ha sido eliminada.

Los ensayos han sido de diferentes longitudes y utilizado diversas definiciones de cura. Por lo que puede pasar que esta efectividad esté algo “inflada”.

Un ensayo aleatorio con resultados claros definidos de curación clínica (como 100%) encontró que el 60% de los pacientes tratados con 16 semanas de terbinafina habían alcanzado la curación clínica cuando se evaluó a las 72 semanas, que es un poco más bajo que el 76% de la tasa de curación que ves arriba.

La recurrencia es común, sobre todo después de tratar uñas de los pies.

#### Esquemas de tratamiento más utilizados

- Terbinafina:
  - Uñas manos - 250 mg/día vía oral durante 6 semanas
  - Uñas pies - 250 mg/día vía oral durante 12 semanas

- Itraconazol:

- Dosis fija

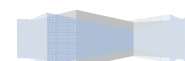
Uñas manos - 200 mg/día vía oral durante 6 semanas

Uñas pies - 200 mg/día vía oral durante 12 semanas

- Pulsos

Uñas manos - 200 mg dos veces/día vía oral durante 6 semanas durante una semana al mes durante dos meses

Uñas pies - 200 mg dos veces/día vía oral durante una semana al mes durante tres meses



# Terapéutica

---

## Fractura de hombro. Tratamiento conservador

Publicado el 17 de noviembre 2015

9 ECC evaluaron el tratamiento no quirúrgico de fracturas de hombro menos graves.

Un ensayo encontró que un tipo de cabestrillo fue generalmente más cómodo que un tipo de vendaje de cuerpo. Hubo algunas pruebas de que la movilización temprana (dentro de una semana), en comparación con la movilización tardía (después de tres semanas), dió como resultado menos dolor y una recuperación más rápida en personas con fracturas "estables".

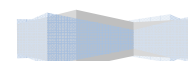
2 estudios proporcionaron evidencia débil de que muchos pacientes por lo general podrían alcanzar un resultado satisfactorio cuando se les da instrucción suficiente para continuar con los ejercicios por su cuenta.

8 estudios con 567 participantes con fracturas desplazadas, en comparación quirúrgico versus tratamiento no quirúrgico. Los resultados combinados de los 5 ensayos más recientes mostraron que no hubo diferencias importantes entre los dos enfoques para medidas de la función y la calidad de vida informados por los pacientes a los 6, 12 y 24 meses. Hubo poca diferencia entre los dos grupos en la mortalidad. El doble de los pacientes del grupo de cirugía tuvieron una cirugía adicional o secundaria. Más pacientes del grupo quirúrgico tuvieron eventos adversos.

12 ensayos (744 participantes) probaron diferentes métodos de tratamiento quirúrgico. Hubo pruebas débiles de algunas diferencias (por ejemplo, en las complicaciones) entre algunas intervenciones (por ejemplo, diferentes dispositivos o diferentes formas de utilización de dispositivos).

Conclusiones de los autores:

Hay pruebas de alta o moderada calidad que, en comparación con el tratamiento no quirúrgico, la cirugía no da lugar a un mejor resultado al año. Para fracturas de húmero proximal desplazadas que involucran el cuello del húmero y es probable que resulte en un mayor la necesidad de cirugía. La



evidencia no cubre el tratamiento de las fracturas de la tuberosidad, fracturas en personas jóvenes, traumatismos de alta energía, ni fracturas menos comunes como dislocaciones de fractura y fracturas con división de cabeza humeral.

[http://www.cochrane.org/.../MUSKINJ\\_interventions-treating-sh...](http://www.cochrane.org/.../MUSKINJ_interventions-treating-sh...)

---

## **Opioides en lumbalgia**

Publicado el 11 de enero 2015

La lumbalgia afecta a muchos adultos, la mayoría no concurre al médico pero una proporción importante de pacientes busca atención médica.

En los últimos tiempos, la prescripción de opioides para el dolor lumbar se ha incrementado, y en algunos países es la clase de fármaco más prescripto.

Más de la mitad de los consumidores de opiáceos en Estados Unidos reportan lumbalgia.

Las tasas de prescripción de opioides en los EE.UU. y Canadá son 2 o 3 veces mayor que en la mayoría de países europeos.

Pero la eficacia analgésica de los opiáceos para el dolor de espalda agudo se infiere de pruebas en otros estados de dolor agudo.

Los opioides NO parecen acelerar el retorno al trabajo o mejorar los resultados funcionales del dolor agudo de espalda en atención primaria.

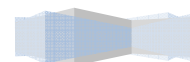
En cuanto al dolor lumbar crónico, las revisiones sistemáticas encuentran escasa evidencia de eficacia.

Los ensayos controlados aleatorios tienen altas tasas de deserción escolar, breve duración (4 meses o menos), y pacientes muy seleccionados.

Los opioides parecen tener eficacia analgésica A CORTO PLAZO para la lumbalgia crónica, y en cuanto a la funcionalidad, los beneficios son menos claros.

La magnitud de alivio del dolor (en dolor crónico no oncológico) es casi de 30%. Como los ensayos controlados aleatorios son muy breves, la eficacia a largo plazo y la seguridad de los opioides son desconocidos.

La pérdida de la eficacia a largo plazo podría ser el resultado de tolerancia al medicamento y aparición de hiperalgesia. Las complicaciones del uso de



opioides incluyen la adicción y la mortalidad por sobredosis, que han aumentado en paralelo con las tasas de prescripción.

Los efectos secundarios comunes a corto plazo son:

- \* Estreñimiento
- \* Náuseas
- \* Sedación
- \* Aumento del riesgo de caídas y fracturas.

Efectos secundarios a largo plazo pueden incluir depresión y disfunción sexual.

La detección de pacientes de alto riesgo o acordar con el paciente sobre las dosis y el tratamiento o solicitar análisis de orina NO han reducido las tasas globales de prescripción, uso indebido o sobredosis.

<http://www.bmj.com/content/350/bmj.g6380...>

---

## Opiáceos

Publicado el 18 de diciembre 2015

\* Los opiáceos son muy buenos analgésicos para el dolor agudo y para el dolor en el paciente terminal pero hay poca evidencia que sirvan para el dolor a largo plazo.

\* Si un paciente bajo opiáceos sigue con dolor, los mismos no son efectivos y deben suspenderse.

---

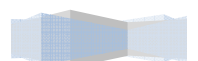
## Te curo sin fármacos I

Publicado el 3 de abril 2015

**Ejercicio para pacientes diagnosticados con depresión leve a moderada.**

Nivel de evidencia I

---



## Intervención

- √ Ejercicio grupal supervisado por 30 a 40', 3 veces/semana durante un mínimo de 9 semanas.
- √ Cualquier ejercicio es mejor que no hacer nada. Sin embargo, más sesiones de ejercicio tienen un efecto mayor en el estado de ánimo.
- √ Mejores resultados se asocian con el ejercicio en grupo supervisado que en solitario.
- √ Una mezcla de resistencia y entrenamiento aeróbico ha demostrado ser más beneficiosa que sólo actividad aeróbica.
- √ El ejercicio puede ser utilizado como terapia única o suplementaria.

### **Tips complementarios:**

Si se utiliza solo, el ejercicio ha demostrado un efecto moderado en la reducción de los síntomas.

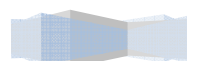
Basado en un pequeño número de ensayos, el ejercicio puede ser tan eficaz como los tratamientos psicológicos o farmacológicos.

Los pacientes con depresión subumbral también pueden beneficiarse.

### **Precauciones**

- NO SE RECOMIENDAN COMO TRATAMIENTO ÚNICO EN PERSONAS CON DEPRESIÓN SEVERA. Su capacidad para participar puede verse afectada por la reducción de su funcionamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas.
- Los pacientes que toman medicamentos antidepresivos tricíclicos, los cuales están asociados con efectos secundarios como hipotensión ortostática y sedación, pueden experimentar dificultades para participar en programas de ejercicio.
- Para evitar lesiones, garantizar una introducción gradual al programa de ejercicios.
- Antes de comenzar el ejercicio, realizá una evaluación del riesgo cardiovascular para asegurar que el paciente pueda llevar a cabo el programa.

### **Contraindicaciones**





Los programas de ejercicio pueden ser perjudiciales si tiene otros trastornos concurrentes (por ej, anorexia nerviosa). El sobreentrenamiento o fijación en ejercicio podrían tener un impacto negativo en los resultados de la salud física y mental.

### **Efectos adversos**

Poco frecuentes, quejas limitadas principalmente a dolor muscular y dolor en el pecho no relacionado con el corazón.

### **¿Por qué ayuda?**

Los ejercicios desvían los pensamientos negativos, aumenta los contactos sociales, mejora la autoestima a través del dominio de habilidades, así como los posibles beneficios fisiológicos (por ej, aumenta las endorfinas y proteínas tales como el Factor neurotrófico cerebral; disminuye la concentración de cortisol).

### **Intensidad**

Se recomienda ejercicio de una intensidad moderada, que debe elevar el ritmo cardíaco a 55-70% de la frecuencia cardíaca máxima.

Una buena medida de ejercicio aeróbico moderado es cuando el deportista comienza a llegar sin aliento, pero todavía se puede mantener una conversación.

El ir en una caminata, trote o bicicleta de paseo a paso ligero produce una salida aeróbica moderada.

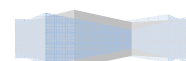
Entrenamiento de resistencia de alta intensidad parece ser más efectivo que el entrenamiento de baja intensidad. El entrenamiento de alta intensidad se considera un 80% de carga máxima y entrenamiento de baja intensidad es el 20% de la carga máxima.

### **Consejos y desafíos**

#### **Motivación**

Uno de los principales retos para los pacientes con depresión es la motivación o experiencia con el ejercicio para empezar; puede ayudar a animar a los pacientes para comenzar con 2-3 sesiones por semana a una intensidad más baja y gradualmente aumente la frecuencia, duración e intensidad con el tiempo.

#### **Adherencia**



Promover la adhesión a un programa de ejercicio, tipo y variedad de ejercicios deben ser individualizados de acuerdo a las preferencias del paciente y el acceso a los recursos.

Los programas de ejercicio podrían combinarse con la entrevista motivacional u otros tratamientos como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y / o la terapia con antidepresivos para proporcionar apoyo adicional y la motivación para el paciente.

---

## **Te curo sin fármacos II**

Publicado el 4 de abril 2015

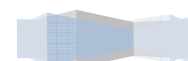
### **Ejercicio para pacientes diagnosticados con síndrome de fatiga crónica.**

El CDC clasifica al SFC aquél que tiene 3 de los siguientes criterios:

- Nueva aparición de la fatiga severa que dura  $\geq 6$  meses consecutivos, y que no está relacionado con el ejercicio, no se alivia sustancialmente con el reposo, y no es el resultado de otras condiciones médicas.
- La fatiga provoca una reducción significativa de los niveles de actividad anteriores.

4 o más de los siguientes síntomas que duran  $\geq 6$  meses:

- problemas de memoria o concentración.
- malestar post-esfuerzo, donde los esfuerzos físicos o mentales provocan: agotamiento prolongado extremo y enfermedad.
- sueño no reparador.
- dolores musculares (mialgias).
- dolores en múltiples articulaciones (artralgias).
- dolores de cabeza de un nuevo tipo o mayor gravedad.
- dolor de garganta que es frecuente o recurrente.
- sensibilidad a la palpación de los ganglios linfáticos cervicales o axilares.



El síntoma cardinal es la fatiga, lo que resulta en la evitación o intolerancia al ejercicio y reducción de la capacidad aeróbica y la fuerza muscular (es decir, pérdida de la condición física).

### **Intervención**

Terapia de ejercicio gradual (TEG).

Nivel de evidencia I

TEG tiene como objetivo aumentar la capacidad del paciente para llevar a cabo la actividad física mediante la prevención/revertir la pérdida de condición física y la tolerancia al ejercicio relacionadas con prolongada (relativa) inactividad.

Incluye el establecimiento de una línea de base de ejercicio específica alcanzable o posible para el paciente, seguido por incrementos en la duración de la actividad física.

El objetivo general es ayudar al paciente a aumentar gradualmente la actividad física, y ser más independiente en su vida cotidiana.

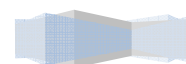
Es diferente a la terapia cognitiva-conductual (TCC) porque no actúa directamente sobre los factores cognitivos. Ambas se pueden usar juntas. En los pacientes con SFC, la TEG ha demostrado reducir la fatiga, evitar la pérdida de condición física y mejorar el funcionamiento físico, el sueño, la cognición y el estado de ánimo.

La TEG también ha demostrado mejorar la fuerza muscular, la resistencia cardiovascular y los síntomas en una amplia variedad de condiciones que tienen fatiga crónica como síntoma (enf cardíaca, cáncer y EPOC).

### **Precauciones**

La actividad puede producir síntomas. Se anima a los pacientes a ver los síntomas como temporales y reversibles, como resultado de la debilidad física actual, y no como signos de patología progresiva. Un aumento leve y transitorio de los síntomas se explica como una respuesta normal a un aumento en la actividad física.

### **Efectos Adversos**



Las encuestas realizadas a los pacientes han sugerido que la TEG puede ser perjudicial para algunas personas con síndrome de fatiga crónica. Sin embargo, se cree que este hallazgo se debe a programas de ejercicio inadecuados, posiblemente realizados solitariamente o bajo la supervisión de una persona inexperta.

El estudio PACE tiene un manual completo de la terapia TEG (1):

### **Descripción**

Cualquier actividad es apropiada, incluyendo caminar, nadar, y cinta de ejercicio. Estas actividades se pueden mezclar.

Incrementos de duración: la duración de la actividad física/ejercicio se incrementa lentamente (10-20%), una vez cada 1-2 semanas.

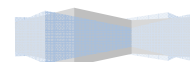
El aumento de la intensidad: La intensidad se incrementa mediante: acelerar el ritmo al caminar, aumentar la resistencia de las máquinas de ejercicio o hacer una actividad más rápida, usando su monitor de frecuencia cardiaca (HRM) como guía.

El aumento de la intensidad se realiza con cuidado y es probable que se realice en etapas. Puede ser útil para construir la intensidad mediante la adición en ráfagas cortas de mayor actividad de intensidad con el programa; por ejemplo, a partir de 1 minuto de caminar rápido intercalados con 2 minutos de ritmo normal.

Si se producen aumento de los síntomas después de un incremento, se anima al paciente a seguir en el nivel actual hasta que los síntomas reducen, y luego aumentar después. Sin embargo, la actividad se revisa mutuamente de forma regular, y los planes se pueden ajustar dependiendo de la salud y los síntomas del paciente en general.

El estudio PACE destacó una serie de consideraciones de importancia clínica cuando se trabaja, entre ellas:

- la individualización de los tratamientos y una prescripción de ejercicio flexibles.
- fomentar la variedad y el mantenimiento de los niveles de ejercicio.



- fomentar las rutinas de ejercicio y estrategias para el ejercicio de planificación.
- la importancia de no superar el nivel previsto de ejercicio.
- la importancia de confiar en HR, en lugar de un sentido de esfuerzo.
- la importancia de lograr un equilibrio saludable de ejercicio.

Aunque el ejercicio puede empeorar los síntomas temporalmente, una prolongada falta de ejercicio también puede empeorar la FC, por lo tanto, no se recomienda el aumento de descanso y debe ser fuertemente desalentado.

### **Los trastornos mentales**

Más de dos tercios de los pacientes con SFC cumplen con criterios diagnósticos para otros trastornos de salud mental: ansiedad, distimia o depresión. Si esto es debido a la SFC o no, debe ser tratado de manera que el paciente pueda gestionar mejor su SFC.

Muchas terapias se han probado en el SFC, pero sólo la TCC y la terapia de ejercicio gradual parece producir beneficio significativo. Sin embargo, ningún tratamiento es curativo.

(1) [www.pacetrail.org](http://www.pacetrail.org)  
<http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/handi/interventions/other/graded-exercise-therapy-for-chronic-fatigue-syndrome/>

---

### **Te curo sin fármacos III**

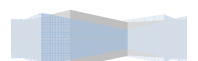
Publicado el 5 de abril 2015

**Educación de estrategias para hacer las actividades cotidianas de manera de minimizar la tensión en las articulaciones.**

#### **Indicación**

Pacientes con dolor en manos por osteoartritis.

El objetivo de la intervención es disminuir el dolor y mejorar el funcionamiento de las personas con OA mano. Nivel de evidencia II.



La OA de mano sintomática afecta a casi el 20% de las personas mayores de 55 años. Tiene un impacto en la calidad de vida al causar niveles variables de dolor, pérdida de la función, y rigidez; También puede resultar en cambios estéticos.

En los estudios, los participantes que aplican estas estrategias de protección tenían más probabilidades de ser clasificado como respondedores al tratamiento a los 6 meses, en comparación con ninguna estrategia de protección de conjuntos.

### **Disponibilidad**

Protección de las articulaciones es una parte de la autogestión de la osteoartritis.

La educación sobre la protección de las articulaciones puede ser entregado dentro de la práctica general.

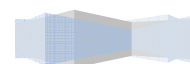
Los pacientes también pueden ser remitidos a un terapeuta ocupacional (TO) para un asesoramiento detallado, las técnicas de resolución de problemas individuales y asistencia con la incorporación de las estrategias en las actividades diarias.

### **Descripción**

En el ensayo, los pacientes recibieron 4 sesiones de 1 hora (una vez por semana), y se les enseñó las estrategias de protección conjuntas.

Estas estrategias fueron:

- Distribuir el peso de los objetos levantados sobre varias articulaciones (por ejemplo, repartir la carga sobre las dos manos).
- Evitar movimientos repetitivos y que aumente la tensión del pulgar para evitar un agarre prolongado en una posición (levantar una botella o un termo).
- Reducir el esfuerzo necesario para hacer una tarea (por ejemplo, utilizar aparatos que ahorran trabajo, evitar levantar objetos pesados, y reducir el peso de lo que está levantado).
- Conservar la energía de las actividades de planificación (por ejemplo, organizar las tareas de manera más eficiente) y el ritmo (por ejemplo, tomar descansos cortos regulares).



Estas estrategias fueron aplicadas a las tareas cotidianas como abrir frascos, llevar objetos y llenar un termo.

### **Cómo fue la intervención:**

Información y cuadernos de trabajo para los pacientes

Además de las estrategias de protección de las articulaciones, los pacientes recibieron información escrita estandarizada (de Arthritis Research UK) sobre OA mano y su manejo - el manejo del dolor durante las actividades cotidianas, cómo cambiar los hábitos, a largo plazo y el establecimiento de metas a corto plazo, programas para practicar habilidades en el hogar semanales, y la revisión semanal de los programas de vivienda.

Se les dio un libro que contenía los puntos clave de cada sesión, las fotografías que muestran cómo utilizar los principios de protección de las articulaciones durante las actividades cotidianas, y diarios de actividades semanales.

<http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/handi/interventions/musculoskeletal/joint-protection-strategies-for-hand-osteoarthritis/>

---

### **¿Sirve el aceite de pescado?**

Publicado el 9 de abril 2015

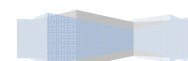
El aceite de pescado es el tercer suplemento dietético más vendido, después de las vitaminas y minerales. Mucha gente lo consume con regularidad, por la creencia de que los ácidos grasos omega-3 en los suplementos protegen la salud cardiovascular.

Pero hay un gran problema:

La gran mayoría de los ensayos clínicos con aceite de pescado NO han encontrado evidencia de que disminuya el riesgo de IAM y ACV.

De 2005 a 2012, casi 2 docenas de estudios rigurosos con aceite de pescado fueron publicados con metas para prevenir eventos cardiovasculares en poblaciones de alto riesgo. Estas eran personas con antecedentes de enfermedad cardíaca o varios factores de riesgo: Dislipemias, HTA o DBT2.

---



Todos ellos excepto dos primeros que tenían fallas metodológicas, encontraron que, en comparación con placebo, el aceite de pescado no mostró ningún beneficio.

Sin embargo, durante este tiempo, las ventas de aceite de pescado subieron a más del doble en todo el mundo.

Al menos en teoría, hay buenas razones por las que el aceite de pescado debería mejorar la salud cardiovascular. Es rico en 2 ácidos grasos omega-3 (eicosapentaenoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA)) que pueden tener un efecto anticoagulante, al igual que la aspirina, que pueden reducir la probabilidad de formación de coágulos.

Los omega-3 también pueden reducir la inflamación, que desempeña un papel en la aterosclerosis. La FDA los aprobó para el tratamiento de la hipertrigliceridemia.

Sin embargo, estas propiedades de los omega-3 no se han traducido en beneficios notables en la mayoría de los grandes ensayos clínicos.

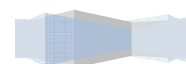
Un ensayo clínico de 12 mil personas, publicado en el New England Journal of Medicine en 2013, encontró que un gramo de aceite de pescado al día no redujo la tasa de mortalidad por IAM o ACV en personas con evidencia de aterosclerosis.

### **Tampoco es inocuo**

Cuando el aceite de pescado se combina con la aspirina u otros anticoagulantes puede ser peligroso. Tienen a tener hemorragias fácilmente.

### **Evitar los suplementos de aceite de pescado**

Centrarse en el consumo de pescado graso al menos dos veces a la semana porque contiene una variedad de nutrientes saludables no sólo EPA y DHA. Los grandes ensayos clínicos de aceite de pescado se centraron sólo en las personas que ya tenían enfermedad cardíaca o estaban en riesgo muy alto. El aceite de pescado también se ha promovido para la prevención de una variedad de otras enfermedades, como el cáncer, el Alzheimer y la depresión. El estudio Vital, de 26 mil personas más representativas de la población general probablemente esté terminado el próximo año, se determinará si el aceite de pescado y la vitamina D, por separado o combinados, tienen algún





efecto en la prevención a largo plazo de la enfermedad cardíaca, la diabetes tipo 2 y otras enfermedades en las personas que no tienen muchos factores de riesgo.

---

**A mí no me hace nada, es muy livianito...**

**Yo tomo un paracetamol y no necesito nada más...**

Publicado el 14 de julio 2015

Siempre escuchás estas consideraciones acerca del paracetamol y hace que nos preguntemos si verdaderamente funciona o no.

El paracetamol comenzó a indicarse en los años '50.

Es una de las drogas más ampliamente usada e indicada y en general se considera que es eficaz y segura en las dosis terapéuticas.

En los últimos años, sin embargo, los estudios han suscitado dudas en cuanto a su eficacia y seguridad.

### **¿Funciona o no?**

El paracetamol está en varias guías clínicas (NICE).

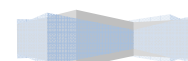
Como analgésico es eficaz, pero puede que no funcione para todos los tipos de dolor.

- Odontalgia postprocedimiento: En la cefalea es superior al placebo, pero menos eficaz que otros analgésicos.
- Resfrió común, la evidencia es insuficiente. Algunos datos de ensayos aleatorios refieren que no es más eficaz que el placebo.
- Dolor de cadera, espalda y rodilla, un meta-análisis sugiere que el paracetamol tiene un pequeño beneficio que puede no ser clínicamente relevante.

Se necesitan ensayos clínicos adicionales de eficacia, pero, hasta que éstos estén disponibles, se mantendrá como una primera línea de analgésicos en parte debido a la creencia de que es seguro en las dosis terapéuticas.

### **¿Hay efectos secundarios?**

Daño hepático: Es una consecuencia de la sobredosis de paracetamol bien documentada.



Alrededor del 25-40% de voluntarios sanos desarrolló con dosis crecientes un aumento pequeño y a menudo transitorio de GOAT, a la primer o segunda semana de ingerir dosis terapéutica.

En pacientes con osteoartritis, la GOAT se eleva levemente 4 veces más frecuentemente ¿Qué implica esto? Poco. Décadas de experiencia clínica con paracetamol a dosis terapéuticas sugieren que la lesión hepática grave es poco probable.

Más aún, en una revisión sistemática de 30.865 pacientes que toman dosis terapéuticas de paracetamol no hubo casos reportados de lesión hepática fulminante.

En muchos pacientes que está contraindicado el uso de AINEs solemos indicar paracetamol con confianza. Sin embargo, algunos estudios sugieren que tal seguridad no es correcta. Hay estudios que demuestran que el paracetamol inhibe la COX-2, lo que puede promover al aumento de la TA y la trombosis.

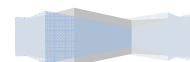
Teniendo en cuenta que el paracetamol es ampliamente utilizado y la HTA es común, es sorprendente que esta interacción no se haya visto más de cerca. Un estudio reciente de más de 24 000 pacientes del Reino Unido *no mostró ninguna asociación* entre el paracetamol e IAM o ACV.

Si bien estos datos observacionales pueden tener confundidores proveen cierta tranquilidad.

Las mujeres embarazadas a menudo toman paracetamol en vez de AINEs. Datos recientes de roedores sugieren que el paracetamol a dosis equivalentes a las de los seres humanos por 7 días, afectan negativamente la producción de testosterona testicular fetal. Aunque este hallazgo puede explicar un aumento del riesgo de criptorquidia reportado en bebés con una exposición de más de dos semanas en el embarazo,

### **¿A qué dosis?**

El índice terapéutico es relativamente estrecho. Después de la revisión del 2012, la guía NICE publicó que las pequeñas sobredosis terapéuticas deben

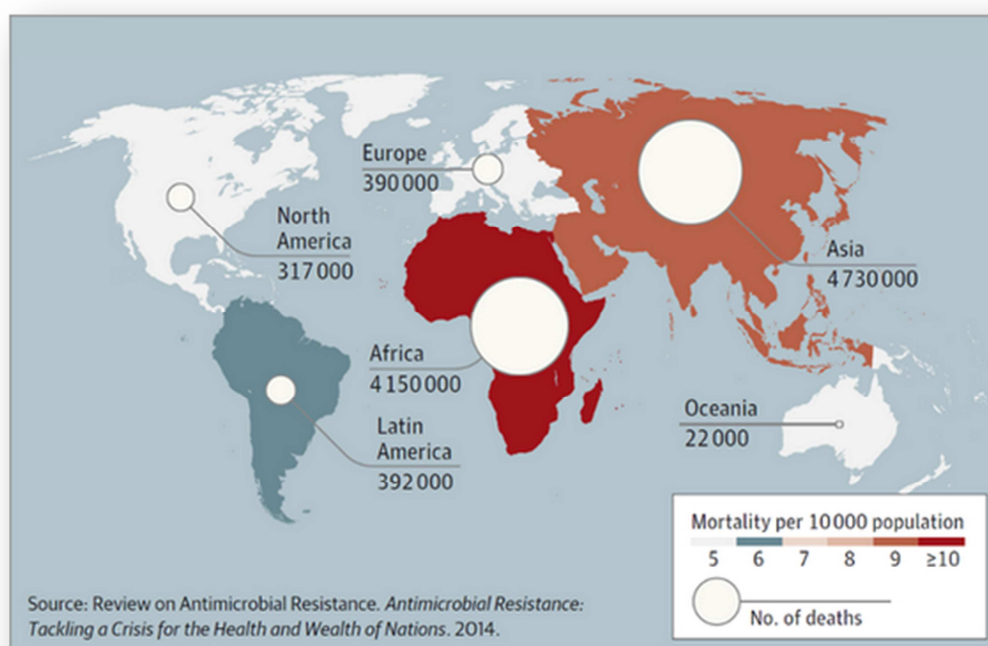


ser consideradas para el tratamiento con acetilcisteína (antídoto) "...según el juicio clínico...".

<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h3705>

## Resistencia antibiótica para el 2050

Publicado el 21 de agosto 2015

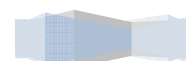


[http://jama.jamanetwork.com/article.aspx...|article\\_engagement&utm\\_campaign=article\\_alert&linkId=14968950](http://jama.jamanetwork.com/article.aspx...|article_engagement&utm_campaign=article_alert&linkId=14968950)

## Alimentación en pacientes terminales

Publicado el 6 de diciembre 2015

En los pacientes que están bajo cuidados paliativos es frecuente la consulta por disminución del apetito. En general esta inquietud es mayor en los familiares del paciente, ya que la nutrición se vive como una parte importante del cuidado. A veces interpretan que el paciente se deteriora por la falta de



ingesta más que por la enfermedad, y los pacientes se sienten forzados a comer.

La causa más frecuente de este síntoma es la enfermedad de base. En este caso se pueden dar algunas recomendaciones prácticas:

- Respetar los deseos del paciente.
- Aumentar el valor calórico de los alimentos ingeridos. (agregar azúcar, miel, crema, manteca, huevo, preparados nutritivos)
- Reducir las porciones y presentarlas en forma atractiva y en platos pequeños.
- La dieta blanda o semiblanda es en general mejor tolerada.
- Fraccionar la incorporación de alimentos 6 a 8 veces por día.

En pacientes con enfermedad avanzada donde se busca un efecto beneficioso a corto plazo sobre el apetito y sobre el bienestar general, pueden indicarse los corticoides. La respuesta al tratamiento se limita a 3 ó 4 semanas. Se deben suspender si no hay mejoría a la semana de tratamiento. Es conveniente darlo por la mañana para evitar insomnio o excitación.

- Dexametasona 2-4 mg día o Metilprednisolona 40 mg/día, en una única toma vía oral.

---

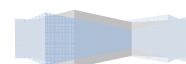
## **Cómo suspender los corticoides**

Publicado el 7 de diciembre 2015

Si el tratamiento glucocorticoideo ha sido indicado durante menos de tres semanas, podría ser suspendido sin necesidad de una disminución gradual previa.

Si el lapso es mayor de 3 semanas

- a. Si la dosis es mayor de 40mg de prednisona, se recomienda disminuir la dosis de a 10mg cada una a tres semanas o
- b. si la dosis inicial es menor a 40mg, de a 5mg por semana.



# Misceláneas

---

## Listado de helados libres de gluten

Publicado el 23 de diciembre 2014

<http://www.celiaco.org.ar/index.php/novedades/noticias-y-eventos/129-listado-helados-ldg-2014>

---

## ¿Es bueno para una vacuna tener un 60% de eficacia?

Publicado el 16 de enero 2015

El dengue es una enfermedad endémica en las regiones tropical y subtropical transmitida por mosquitos.

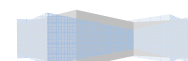
Se estima que se infectan cada año unos 390 millones de personas, de los cuales 96 millones tienen manifestaciones clínicas.

Si bien la mortalidad es relativamente menor que el de otras enfermedades infecciosas tropicales, la escala de los recursos económicos humanos y económicos que se gastan para controlarla hace que sea uno de los principales problemas en salud pública mundial.

Los factores que impulsan la transmisión e infección persisten sin cambios desde hace años. Por estas razones, se necesita una vacuna contra el dengue segura y eficaz.

La infección con uno de los cuatro tipos de virus del dengue (serotipos 1, 2, 3 y 4) puede dar lugar a una infección asintomática, una enfermedad viral inespecífica leve, el dengue clásico o una forma de dengue grave que se manifiesta por hemorragias, y posiblemente la muerte.

Con una segunda infección los pacientes con un serotipo diferente están en mayor riesgo de enfermedad grave. Los mecanismos responsables de la enfermedad reforzada no han sido completamente dilucidados. Se teoriza los perfiles inmunológicos de convalecencia humoral y celular que están presentes después de una primoinfección pueden no sólo no controlar una



segunda infección con un serotipo diferente, sino también facilitar el aumento de la infección de células blanco, la replicación viral, y la generación de una llamada tormenta de citoquinas proinflamatorias.

La vacuna se enfrenta a numerosos desafíos.

\* Debe ser capaz de proteger contra la enfermedad causada por cualquiera de los cuatro serotipos. Este proceso no tiene un modelo animal validado de la enfermedad o un modelo de infección humana bien caracterizada.

\* La comprensión incompleta de la inmunopatología presenta riesgo en los programas de desarrollo clínico.

\* Los anticuerpos neutralizantes, tienen mucha variabilidad interensayo y reactividad cruzada entre los serotipos, que genera errores en la interpretación.

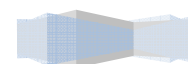
Después de décadas de intentos de desarrollar una vacuna contra el dengue, los resultados de un ensayo de eficacia de fase 3 que ahora se describen son un hito. La vacuna candidata ha sido probada en tres estudios de punto final clínicos.

En todos los estudios, se administraron 3 dosis de vacuna (0, 6, y 12 meses) o una sola inyección de control, y todas las determinaciones de eficacia se realizaron a 25 meses.

El primer estudio fue un ensayo de eficacia de fase 2b participación niños entre 4 y 11 años en un solo centro en Tailandia. El estudio no cumplió el criterio de valoración principal de eficacia, con una eficacia por protocolo del 30,2%, y mostró una amplia variación en la eficacia de serotipo específico: 55,6% para el serotipo 1, 9,2% para el serotipo 2, 75,3% para el serotipo 3, y 100% para el serotipo 4.

El primer ensayo de fase 3, que se llevó a cabo en cinco países asiáticos e involucró niños entre los 2 y 14 años, mostró una eficacia por protocolo de 56,5%, con una tendencia similar en la eficacia del serotipo-específica: 50% para el serotipo 1, 35,0% para el serotipo 2, el 78,4% para el serotipo 3, y el 75,3% para el serotipo 4.

El actual ensayo de fase 3, que se realizó en cinco países de América Latina con niños entre 9 y 16 años, tuvieron una eficacia de 60,8%, con eficacias de serotipo específico de 50,3%, 42,3%, 74,0% y 77,7%, respectivamente.



Puntos finales adicionales incluyeron la eficacia contra la hospitalización (80,3%) y contra el dengue grave (95,5%). En cada uno de los tres estudios, la cohorte fue altamente inmune a al menos uno de los serotipos en la línea base. En la fase 2b y 3 ensayos en Asia, las tasas medias de seropositividad para uno o varios serotipos del dengue fueron 69,5% y 67,5%, respectivamente (tasa promedio fue de 79,4%).

Estos estudios han respondido a las preguntas importantes en relación con el desarrollo de una vacuna contra el dengue, pero han generado numerosos otros.

Seguridad de las vacunas: No hubo señales de seguridad identificadas y hay evidencia del riesgo hipotético de la administración de una vacuna contra el dengue a los niños con una mezcla de estado de seropositivos y seronegativos que están viviendo en un área en la que el dengue es endémico.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1413146>

---

## **Tratamiento para glaucoma... Aún poco conclusivo.**

Publicado el 6 de abril 2015

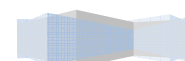
Hace 50 años, los oftalmólogos pensaron que el glaucoma y el aumento de la presión intraocular eran sinónimos. En 1958, Wolfgang Leydhecker definió los límites “saludables” de presión intraocular y los pacientes con 21 mm Hg o más de presión intraocular reciben diagnóstico de glaucoma, independientemente de hubiera signos de daño glaucomatoso.

El tratamiento con colirios intraocular para bajar la presión deben usarse entre 3 a 4 veces al día o de lo contrario “se pueden quedar ciegos”.

Pacientes con PIO  $\leq$  a 20 mm Hg se les dice que NO sufren de glaucoma.

¡El problema es que la PIO elevada y el GLAUCOMA NO SON SINÓNIMOS!

El primer estudio epidemiológico de glaucoma hecho en Gales (RU) en los '60, mostró que muchos pacientes con glaucoma mostraban PIO dentro de rangos normales!



Estos hallazgos han sido confirmados en docenas de otros estudios epidemiológicos, y en la actualidad se acepta que la mitad de todos los pacientes con glaucoma tienen PIO normal.

De igual manera confusa es la situación de muchos pacientes seguidos por más de 20 años con PIO > de 21 mm Hg que no tienen daño glaucomatoso alguno.

Si esto es así, ¿por qué bajar la PIO?

4 ensayos clínicos de los '80 resultaron no definitivos. Un reporte de 1989 concluyó que NO HAY PRUEBAS QUE BAJAR LA PIO REDUZCA EL DAÑO DE GLAUCOMA.

Dos estudios que comparaban tratados vs no tratados demostraron que en el grupo tratado hubo mayor cantidad de cataratas.

¿Algún estudio a favor?

El estudio colaborativo de PIO normal (CNTGS) y el estudio "manifestaciones tempranas de Glaucoma" (EMGT) mostraron efectos positivos en bajar la PIO. A fines del año pasado un estudio de tratamiento de glaucoma del Reino Unido (UKGTS) usó latanoprost para bajar la PIO (1) pero los autores concluyeron deterioro del campo visual con un seguimiento de sólo 2 años (!) (será necesario más tiempo para determinar la progresión de ese deterioro del campo visual).

Mientras tanto las Fuerzas de Tareas Preventivas tiene una recomendación I coherente con el espíritu de los tiempos.

<http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2814%2962111-5.pdf>

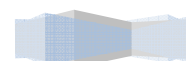
---

## **¿Existe realmente el Sme de Fatiga crónica?**

Publicado el 16 de junio 2015

La definición más utilizada fue publicada en 1994 y se basa en su totalidad en la presencia de síntomas.

Recientemente el Institute of Medicine (IOM) y el NIH concluyeron que el SFC tiene una base biológica (1).





Basado en una revisión de más de 9000 artículos, el IOM afirma que el SFC *"...Es una enfermedad grave, crónica, sistémica compleja que a menudo puede afectar profundamente la vida de las personas..."*

Por otra parte sentencia, que *"... no es, como muchos médicos creen, un problema psicológico..."*, aunque algunos cuadros tienen comorbilidades psiquiátricas que requieren diagnóstico y tratamiento.

### **Alteraciones neurológicas**

Siendo objetivos, puede haber diferencias medibles que van en un arco desde pacientes con SFC de individuos sanos hasta otras enfermedades fatigantes (que van desde la depresión mayor a la esclerosis múltiple).

Los estudios cognitivos revelan que los pacientes que tienen Síndrome de fatiga crónica presentan un lento procesamiento de la información y déficit de atención y memoria, la RMN funcional revela tareas cognitivas que requieren más áreas del cerebro.

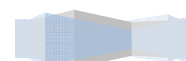
Los estudios de RMN estándar apuntan a anomalías en la sustancia blanca y disminución de volumen de materia gris.

El análisis EEG ha distinguido a los individuos con fatiga crónica sanos y aquellos con depresión mayor.

El IOM concluyó que el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (y posiblemente otros ejes neuroendocrinos) están alterados. En comparación con los individuos sanos y pacientes con depresión mayor, los pacientes con SFC tienen niveles más bajos de:

- \* cortisol nocturno
- \* cortisol urinario de 24 hs
- \* ACTH y
- \* HAD

Los defectos en el sistema nervioso autónomo se manifiestan clínicamente por intolerancia ortostática (alteraciones de la frecuencia cardíaca e hipotensión ortostática).



### **Alteraciones Inmunológicas**

Muchos pacientes con SFC tienen alterado el funcionamiento de células NK (un subconjunto de linfocitos que actúan contra las infecciones virales y tumores malignos), así como los niveles sanguíneos alterados de varios citoquinas.

Estos resultados son provocativos porque los síntomas del SFC bien podrían reflejar la producción de citoquinas en el cerebro de un proceso neuroinflamatorio.

Así, un estudio con TAC de emisión de positrones demostró "cerebro neuroinflamado".

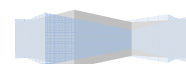
Los pacientes con SFC pueden tener infección por virus de Epstein-Barr (y posiblemente otras infecciones virales, bacterianas, y tal vez por ciertos parásitos específicos) sin embargo hasta la actualidad, ningún agente infeccioso ha demostrado que cause los síntomas del SFC y es poco probable que una sola causa infecciosa lo explique. Es plausible (pero no demostrado) de que una proporción significativa de los casos se activen y se perpetúen por cualquiera de varias infecciones crónicas del cerebro y la infección de las células inmunes asociadas con los nervios periféricos.

### **Pruebas de diagnóstico**

Aunque múltiples anomalías biológicas objetivas distinguen las personas con síndrome de fatiga crónica como un grupo de individuos que están sanos o que tienen otras enfermedades, ninguno de estos biomarcadores son suficientemente sensibles y específicos para constituir una prueba de diagnóstico.

En la actualidad, el papel de estudios diagnósticos en pacientes con sospecha de SFC de fatiga crónica es para descartar otras enfermedades de fatiga.

A diferencia de las personas con depresión mayor, los pacientes con SFC *no tienen* sentimientos generalmente abatidos de desesperanza y desamparo que expresan o describen la anhedonia. Las excepciones son los que sufren SFC junto con depresión secundaria (reactiva).



## Tratamiento

Relativamente pocas terapias farmacológicas o de otro tipo para el SFC han sido probados en grandes ensayos aleatorios. Un informe de la Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), llegó a la conclusión que ninguna farmacoterapia disponible es de beneficio demostrado en el SFC (hidrocortisona, inmunoglobulina G, valganciclovir, Isoprinosin, fluoxetina, galantamina, y otras terapias complementarias).

Se ha visto beneficios al usar tricíclicos en dosis muy bajas como en la fibromialgia, una condición similar a la SFC.

Aunque este tratamiento no ha sido probado en pacientes con síndrome de fatiga crónica, la experiencia anecdótica sugiere que puede dar más horas de sueño profundo y reparador durante la noche, y más energía al día siguiente. También mejorar la fatiga la terapia de ejercicios graduales evitando que tenga lesiones que interrumpan los mismos.

## Nueva definición

El comité de la OIM cuenta con una nueva definición

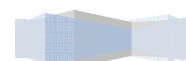
El diagnóstico requiere los siguientes **tres síntomas en su conjunto**:

- Reducción sustancial de la capacidad de participar en niveles anteriores a la enfermedad de las actividades laborales, educativas, sociales o personales que persiste durante > de 6 meses, y se acompaña de fatiga (a menudo profunda), es de nueva aparición o definitiva (es decir, no toda la vida), causada o no por el esfuerzo excesivo en curso, y que no alivia sustancialmente con el reposo.
- Malestar postesfuerzo \*
- Sueño no reparador \*

Al menos uno de las siguientes dos manifestaciones:

- Deterioro cognitivo \*
- Intolerancia ortostática.

\* La frecuencia y severidad de los síntomas se deben evaluar.



El diagnóstico debe ser cuestionado si los pacientes no manifiestan síntomas de intensidad moderada, sustancial o grave, al menos, la mitad del tiempo.

(1) <http://www.nap.edu/catalog/19012/beyond-myalgic-encephalomyelitischronic-fatigue-syndrome-redefining-an-illness>

---

## **Ejemplos de demencias menos comunes y sus primeros síntomas de presentación**

Publicado el 21 de junio 2015

### **Demencia vascular**

Gran variedad de signos y síntomas, dependiendo de la extensión, ubicación y gravedad de la enfermedad cerebrovascular.

Los síntomas se pueden desarrollar repentinamente después de un ACV o más insidiosamente con enfermedad de vasos pequeños.

La pérdida de memoria puede ser una característica, pero por lo general es menos notable que en la enfermedad de Alzheimer. También se pueden encontrar alteraciones del lenguaje, procesamiento de información, toma de decisiones, y visuoespaciales. Son síntomas comunes: Cambios de humor y apatía; puede co-ocurrir con la enfermedad de Alzheimer y esto se denomina demencia mixta.

### **Demencia frontotemporal**

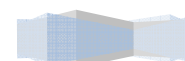
Más común en los grupos de edad más jóvenes (50-60 años)

La forma clínica más común es la variante conductual demencia frontotemporal, con cambios en la personalidad y la conducta.

La desinhibición e impulsividad pueden ser características. La memoria es típicamente intacta desde el principio.

### **Demencia con cuerpos de Lewy**

Alucinaciones visuales complejas son una característica clave. En las primeras etapas que sólo pueden ocurrir durante períodos de estrés físico (por ej.,



infecciones) o por la noche y puede ser seguido por síntomas visuoperceptivos más sutiles como, alucinaciones visuales.

Parkinsonismo (temblor, se desaceleró movimientos, inestabilidad postural, marcha arrastrando los pies) es también una característica. El temblor puede ser menos evidente, pero las personas con demencia con cuerpos de Lewy temprano pueden ser más lentos en los movimientos y más propensos a las caídas.

Las fluctuaciones o variaciones notables en la función cognitiva pueden ocurrir y pueden ser difíciles de separar del delirio.

Pueden ocurrir síntomas autonómicos: hipotensión postural, trastornos del sueño, trastornos de conducta del sueño (gritar o moverse durante el sueño) puede ocurrir *muchos años antes de la aparición de la demencia*.

### **La enfermedad de Parkinson con demencia**

Hasta un 80% de los pacientes con Parkinson desarrollan demencia.

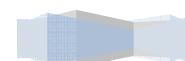
Los síntomas son similares a los de la demencia con cuerpos de Lewy, aunque los síntomas motores del Parkinson típicamente son anteriores a los síntomas cognitivos y psiquiátricos por más de un año.

### **Atrofia cortical posterior**

Una forma menos común de la enfermedad de Alzheimer, que tiende a afectar a personas más jóvenes (de 50 y 60 años). Se caracteriza por: Agnosias Visuales (dificultades en el reconocimiento de rostros, objetos, o percibir más de un objeto a la vez), apraxias (dificultades de planificación motora), acalculia (dificultad con cálculo) y alexia (dificultad para leer) La memoria normalmente se conserva.

### **Otras causas raras de demencia**

- Demencia relacionada al alcoholismo
- Creutzfeldt-Jakob
- Deterioro cognitivo relacionado con el VIH
- Corea de Huntington
- Sme corticobasal



→ Demencias relacionadas al movimiento (por ej., parálisis supranuclear progresiva), esclerosis múltiple, enfermedad de Niemann-Pick, hidrocefalia de presión normal.

### **¿Cómo se diagnostica la demencia?**

El role de los médicos de atención primaria

Los médicos generales somos a menudo el primer punto de contacto para los pacientes que están preocupados de que ellos puedan tener demencia. El papel de la atención primaria es excluir una enfermedad potencialmente tratable o causa reversible de "demencia" (por ej: depresión, déficit de B12, o trastornos tiroideos).

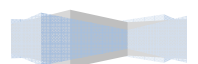
Interconsultar a los especialistas, especialmente los pacientes con síntomas inusuales (nerológica, psiquiátrica, o cambios de comportamiento) o aquellos con factores de riesgo (por ej., importantes comorbilidades médicas, problemas psicosociales, daño a sí mismo); y asegurar que los pacientes que tienen deterioro cognitivo leve (pérdida cognitiva objetiva función y las actividades de la vida diaria que no afecta) sean seguidos en atención primaria, y, si sus síntomas se agravan, derivados para evaluación especializada.

La evaluación inicial debe incluir una historia cuidadosa al paciente y al cuidador principal, con especial énfasis en la alteración de la función y las actividades de la vida diaria.

El examen físico debe llevarse a cabo para buscar signos neurológicos focales y excluir cualquier problema visual o auditivo. Investigaciones basales y una breve evaluación cognitiva, utilizando una de las muchas herramientas disponibles, también deben llevarse a cabo antes de la interconsulta.

Datos de laboratorio

Hemograma completo, ESD, urea y electrolitos, TSH, vitamina B12 y ácido fólico.



También pueden ser necesarios: orina, Rx de tórax y ECG

Evaluación cognitiva breve

---

## **Sangre del cordón umbilical**

Publicado el 5 de julio de 2015

### **¿Qué es?**

Es la sangre que queda en la placenta en el cordón umbilical una vez nacido el niño.

### **¿Cuándo y cómo se colecta?**

Una vez producido el nacimiento y al cortar el cordón umbilical, se efectúa una punción de la vena del cordón umbilical antes del alumbramiento.

### **¿Hay algún riesgo?**

La colecta de sangre del cordón NO representa riesgo alguno para la madre.

Es gratuita.

La donación va al Banco Público del Hospital Garrahan.

La existencia de bancos públicos tiene 2 ventajas:

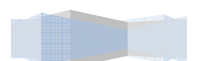
Aumenta la oferta de células progenitoras hematopoyéticas con diferente perfil antigénico.

a) Cuanto mayor sea la diversidad de perfiles HLA, será más fácil encontrar una unidad de sangre de cordón umbilical compatible para cualquier persona que esté necesitando transplante.

b) Disponibilidad inmediata de las unidades. Esto es de particular importancia para pacientes que padecen enf hematológicas como leucemia, anemia aplásica o inmunodeficiencias

Las unidades de sangre del Banco Público están disponibles para cualquier paciente que las necesite para nuestro país o cualquier otro.

---



## ¿Qué sabemos de los placebos?

Publicado el 8 de julio 2015

Los efectos placebo a menudo se los relaciona con efectos de una "sustancia inerte", pero esa caracterización es engañosa.

En un sentido amplio, los efectos placebo son mejoras en los síntomas de los pacientes atribuibles a su participación en el encuentro terapéutico, con los rituales, símbolos, e interacciones que ellos conllevan.

Estos efectos se precipitan por claves contextuales o ambientales que rodean a las intervenciones médicas comprenden tanto las que son falsas y carentes de poder terapéutico hasta las que tienen una eficacia demostrada.

El efecto placebo se basa en mecanismos neurobiológicos complejos que implican neurotransmisores (por ej.: endorfinas, cannabinoides, y dopamina) y la activación de áreas específicas, cuantificables y relevantes del cerebro (por ej. corteza prefrontal, corteza cingulis, y amígdala en el placebo analgesia).

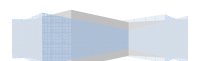
Muchos medicamentos comunes también actúan a través de estas vías.

Ciertas características genéticas identificadas son más propensas a responder a placebos. Estos hallazgos mejoraron enormemente la credibilidad de los efectos placebo.

Por otra parte, la investigación clínica reciente sobre el efecto placebo ha aportado pruebas convincentes de que estos efectos son auténticos fenómenos biopsicosociales que representan más de la remisión espontánea, simplemente, las fluctuaciones normales de los síntomas, y la regresión a la media.

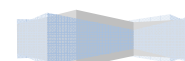
Entonces, ¿qué hemos aprendido acerca de los efectos placebo hasta la fecha, y ¿qué hace nuestra comprensión actual acerca medicamento?

1. Aunque los placebos puedan proporcionar alivio, rara vez curan.
2. Aunque la investigación haya revelado vías neurobiológicas objetivas y se correlacionan con respuestas al placebo, la evidencia hasta la fecha sugiere que los beneficios terapéuticos asociados con el efecto placebo no alteran la fisiopatología de las enfermedades más allá de sus manifestaciones sintomáticas.





3. Abordan principalmente síntomas subjetivos y auto-manejo. Por ejemplo, no hay evidencia de que los placebos puedan reducir los tumores; sin embargo, hay experimentos que demuestran que los síntomas comunes de cáncer y los efectos secundarios del tratamiento del cáncer (por ej, fatiga, náuseas, sofocos y dolor) son sensibles al tratamiento con placebo.
4. Del mismo modo, un experimento en pacientes con asma demostró que los placebos no afectan el VEF 1, pero pueden, no obstante, aliviar mucho los síntomas.
5. El efecto placebo no es sólo de placebos: Los efectos de símbolos e interacciones clínicas pueden mejorar drásticamente la eficacia de los productos farmacéuticos. Por ej., un estudio reciente de migraña episódica demostró que cuando los pacientes tomaron rizatriptán (10 mg) que se ha etiquetado como "placebo" (un tratamiento que teóricamente tenía "efectos farmacológicos puros"), no difirieron de los pacientes que recibieron placebos etiquetados engañosamente como "rizatriptán" (efecto expectativa pura). Sin embargo, cuando el rizatriptán fue etiquetado correctamente "rizatriptán," su efecto analgésico se incrementó en un 50%.
6. Resultados similares se han observado en otras drogas, incluyendo la morfina, fentanilo, y diazepam, se han administrado de manera abierta y encubierta y con procedimientos tales como, profunda estimulación cerebral para los síntomas de movilidad en la enfermedad de Parkinson.
7. En tercer lugar, los factores psicosociales que promueven efectos terapéuticos placebo también tienen el potencial de causar consecuencias adversas, conocidos como efectos nocebo. No es infrecuente que los pacientes perciben los efectos secundarios de los medicamentos que son causados por la anticipación de los efectos negativos o atención elevada a los malestares de base normales de la vida cotidiana en el contexto de un nuevo régimen terapéutico. Por ejemplo, los efectos nocebo se demostraron en un estudio de la hipertrofia benigna de próstata tratados con finasteride: pacientes informados de los efectos secundarios sexuales de este medicamento reportaron efectos secundarios sexuales tres veces más que los pacientes que no fueron informados.



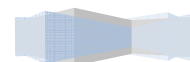
8. En los ensayos de anticonvulsivos para migraña, los pacientes que recibieron placebos informan problemas de memoria y anorexia, mientras que en los ensayos de triptanes para la migraña, los pacientes que recibieron placebos informan diferentes efectos secundarios.

9. Opiniones de investigación han estimado que el 4 hasta el 26% de los pacientes que son asignados al azar a placebo en los ensayos discontinúan su uso debido a los efectos adversos percibidos. Parece por lo tanto no es improbable que los pacientes a menudo sean tratados por los efectos adversos de la medicación que en realidad son los efectos nocebo anticipatorias. Encontrar una manera de equilibrar la necesidad de la divulgación completa de los posibles efectos adversos de los medicamentos con el deseo de evitar la inducción de efectos nocebo es un problema acuciante en la atención sanitaria.

Lamentablemente, gran parte de lo que se sabe sobre el efecto placebo se ha descubierto a través de experimentos de laboratorio con voluntarios sanos, empleando técnicas engañosas que no son directamente pertinentes a la práctica clínica. Necesitamos más investigación con intervenciones clínicas diseñadas para obtener el efecto placebo en los participantes sin engaño y de una manera consistente con el consentimiento informado. Tenemos que saber con precisión cuándo, cómo, en qué "dosis", y en qué secuencia temporal estas intervenciones pueden proporcionar un beneficio terapéutico. ¿Cuáles son las relaciones entre la atención, la mirada, el tacto, la confianza, la transparencia, la confianza, las palabras bien pensadas, y manera de hablar que juntos pueden reducir el malestar percibido, la discapacidad y la desfiguración?

Por otra parte, se necesitan el pensamiento creativo y la investigación experimental para construir y métodos éticos apropiados de comunicación con los pacientes sobre el potencial efectos secundarios a fin de minimizar las respuestas nocebo.

Efectos placebo son a menudo considerados indignos e ilegítimos. Se cree que son poco científicos y causados por predisposición y prejuicio. Esta actitud oculta una verdad central de la medicina: El objetivo de la medicina es curar, que puede incluir cura, el control de la enfermedad, y alivio de los



síntomas o dar confort. Cuando la cura está disponible, la misión última de la medicina es aliviar el sufrimiento innecesario.

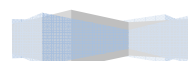
[http://www.nejm.org/action/showMediaPlayer?doi=10.1056/NEJMp1504023&aid=NEJMp1504023\\_attach\\_1&viewClass=Audio&viewType=Popup](http://www.nejm.org/action/showMediaPlayer?doi=10.1056/NEJMp1504023&aid=NEJMp1504023_attach_1&viewClass=Audio&viewType=Popup)

---

## Problemas oculares comunes en atención primaria. Diagnóstico diferencial

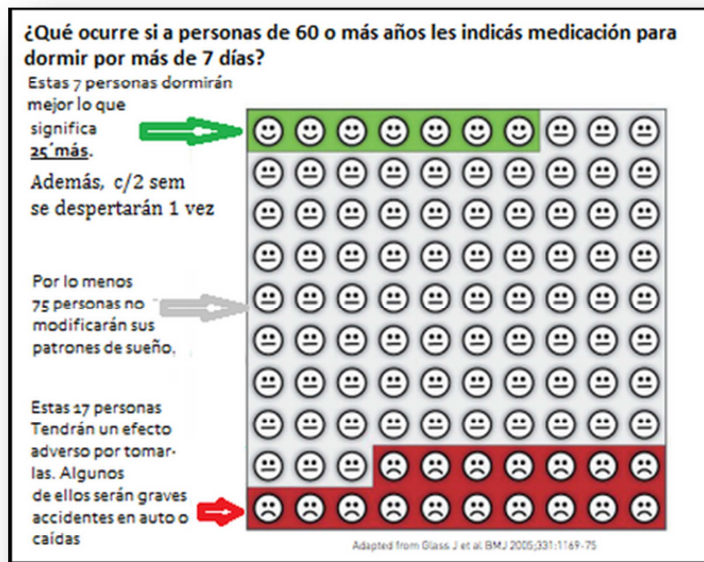
Publicado el 21 de julio 2015

| Parámetro               | Conjuntivitis Bacteriana       | Iritis        | Queratitis  | Glaucoma Agudo       |
|-------------------------|--------------------------------|---------------|-------------|----------------------|
| Visión                  | Normal                         | Borrosa       | Borrosa     | Marcadamente borrosa |
| Dolor                   | No                             | Moderado      | Moderado    | Moderado             |
| Secreción               | Importante incluso con lagañas | No            | No o leve   | No                   |
| Inyección conjuntival   | Difusa                         | Pericorneal   | Pericorneal | Difusa               |
| Apariencia de la córnea | Clara                          | Clara         | No nítida   | No nítida            |
| Tamaño pupilar          | Normal                         | Contraída     | Normal      | Dilatada             |
| PIO                     | Normal                         | Normal o baja | Normal      | Elevada              |



## Doc, ¿me da algo para dormir?

Publicado el 25 de julio 2015



---

## ¿Es reparador el sueño inducido por benzodicepinas?

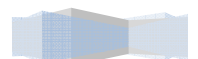
Publicado el 13 de diciembre 2015

Mucha gente en todo el mundo utiliza BZDZP para dormir y en realidad está pregunta no es fácil de responder.

Hay que admitir que acerca del sueño sabemos poco y hablamos sin mucha evidencia.

El Dr John Winkelman experto en trastornos del sueño del Hospital General de Massachusetts y de la Escuela de Medicina de Harvard, dijo que si un paciente le hace esta pregunta, él le respondería: "... Cuénteme cuál es su experiencia ...".

Existe poca evidencia sobre las consecuencias negativas para la salud del insomnio, y a eso se suma que los investigadores no saben exactamente como se restaura o repara el sueño de forma tal que ayude al funcionamiento óptimo.



Más horas de sueño, dormir menos interrumpido, y dormir en el momento adecuado de la noche son situaciones importantes.

Las BZDZP aumentan sobre todo la cantidad del sueño no REM, ayudan a conciliar el sueño más rápido y reducen la vigilia nocturna, y si bien se considera que eso contribuye a un sueño reparador. Hay opiniones divergentes.

Tal es así que la experiencia de los propios pacientes es importante en decidir continuar o no con la medicación...

¡Así de desconocido es este universo!

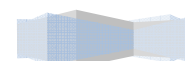
---

## Hepatitis B: Interpretación serológica.

Publicado el 8 de agosto 2015

| Interpretación                          | HBsAg | Anti-HBsAg | IgM anti-HBc | IgG anti-HBc | HBeAg | Anti-HBe | HVB ADN |
|-----------------------------------------|-------|------------|--------------|--------------|-------|----------|---------|
| Infección aguda                         | (+)   | (-)        | (+)          | (-)          | (+)   | (-)      | (+)     |
| Infección Crónica                       | (+)   | (-)        | (-)          | (+)          | (-)   | (+)      | (-)     |
| No replicativa                          |       |            |              |              |       |          |         |
| Infección Crónica replicativa           | (+)   | (-)        | (-)          | (+)          | (+)   | (-)      | (+)     |
| Infección Crónica, replicativa, Ag e(-) | (+)   | (-)        | (-)          | (+)          | (-)   | (+)      | (+)     |
| Inmune                                  | (-)   | (+)        | (-)          | (+)          | (-)   | (-)      | (-)     |

---



## Hepatitis: Evolución a la cronicidad.

Publicado el 8 de agosto 2015

| Hepatitis                                                                 | Evolución a hepatitis viral crónica                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Hepatitis A                                                               | Nunca                                                                      |
| Hepatitis B                                                               | >90% (en adquisición perinatal) a <1% (infección en adultos)               |
| Hepatitis C                                                               | 50-80%                                                                     |
| Hepatitis D (1)                                                           | 2% co-infección 90% sobreinfección                                         |
| Hepatitis E                                                               | En ocasiones. En pacientes inmunosuprimidos                                |
| Otros virus<br>Citomegalovirus<br>Epstein-Barr<br>HPV 6<br>Parvovirus B19 | Pueden evolucionar a infección crónica, no asociada con hepatitis crónica. |

(1) Por tratarse de un virus defectuoso, la enfermedad se produce ya sea como una co-infección (B + D) o como una sobreinfección en portadores crónicos del virus B. En el caso de la co-infección es frecuente la evolución a una hepatitis fulminante con una mortalidad elevada, pero la tendencia a la cronicidad es muy escasa. En la sobreinfección, aparte el riesgo de que aparezca una falla hepática aguda, la evolución a la cronicidad es prácticamente constante.

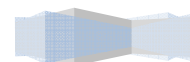
---

## Manual de Cuidados paliativos 2015. Podés descargarlo de este sitio.

Publicado el 11 de septiembre 2015

[http://www.msal.gob.ar/.../0000000592cnt-47-manual\\_paliativos...](http://www.msal.gob.ar/.../0000000592cnt-47-manual_paliativos...)

---



## Conducta ante la aparición de un nódulo tiroideo.

Publicado el 17 de septiembre 2015

| Nódulo ecográfico o características clínicas  | Recomendación umbral para PAAF |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| Historia de alto riesgo                       |                                |
| Nódulo CON hallazgos ecográficos sospechosos  | > 5 mm Recomendación A         |
| Nódulo SIN hallazgos ecográficos sospechosos  | > 5 mm Recomendación I         |
| Ganglios linfáticos cervicales anormales      | Recomendación A                |
| Microcalcificaciones presentes en los nódulos | ≥1 cm Recomendación B          |
| <b>Nódulo sólido</b>                          |                                |
| e hipoecoico                                  | > 1 cm Recomendación B         |
| e iso o hipoecoico                            | ≥1 a 1,5 cm Recomendación C    |
| <b>Quiste mixto sólido/quístico</b>           |                                |
| Con cualquier hallazgo ecográfico sospechoso* | ≥1.5 a 2,0 cm Recomendación B  |
| SIN características ecográficas sospechosas*  | ≥2.0 cm Recomendación C        |

Nota: Historia de alto riesgo se refiere a: Antecedentes de crecimiento rápido de una masa en el cuello, irradiación del cuello y cabeza en la niñez, irradiación corporal total (trasplante de médula ósea, antec. fliares. de cá. de tiroides, o síndromes relacionados con cá de tiroides (por ej, neoplasia endocrina múltiple 2, poliposis adenomatosa familiar, etc)

---

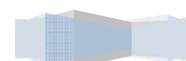
**Secretaria: "...Siii, el Doctor está retrasado...**

**Paciente: "...como siempre..."**

**¿Cuánto tienen que esperar tus pacientes?**

Publicado el 6 de octubre 2015

Cuando un paciente espera mucho tiempo para recibir atención de un médico u otro profesional de la salud, el mensaje implícito es claro: el tiempo del paciente es menos importante que el del médico.



Si bien los pacientes comprenden que puede haber situaciones de espera debido a emergencias profesionales o personales o imprevistos, si un paciente tiene que esperar mucho tiempo cada vez que va al médico, hay un problema en el sistema.

Aún así, este es un tema raramente abordado entre los estudios publicados sobre la calidad y el acceso a la atención. En Estados Unidos, un estudio (1) demostró que, en promedio, la visita es de 80 minutos. De ellos, aproximadamente 20 minutos transcurren en la entrevista.

Más inquietante fue que los pacientes con bajo nivel socioeconómico, diferencias raciales, sin trabajo, que habitualmente consumen más tiempo en viaje, esperaban más! (aunque el tiempo de la entrevista era el mismo).

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

---

## Entendiendo a la Ferritina

Publicado el 9 de octubre 2015

La ferritina está elevada por varias causas:

- Inflamación aguda o crónica
- Consumo crónico de alcohol
- Enfermedad hepática
- Insuficiencia renal
- Síndrome metabólico
- Tumores malignos

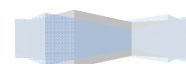
Una vez que tenés el dato de la ferritina elevada, excluí todas estas posibles causas:

Laboratorio, función renal, y marcadores inflamatorios (Proteína C reactiva o ESD).

Si la saturación de transferrina es normal (se mide idealmente en ayuno):

<45% en mujeres

<50% en hombres





Por lo general excluye la sobrecarga de hierro y sugiere una causa reactiva de ferritina elevada.

Los valores de ferritina inexplicables de > 1.000 mg /L requerirán más estudios.

La hemocromatosis presentará ferritina elevada y una saturación de transferrina > 45%.

<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h3692>

---

## **Polimialgia Reumática**

Publicado el 10 de octubre 2015

Es un cuadro clínico. No hay ningún estudio de certeza.

Para la Soc Británica de Reumatología incluye:

- Edad > 50 años y una duración mayor de 2 semanas.
- Dolor en hombros bilaterales o en la cintura pélvica, o en ambos.
- Rigidez matinal más de 45 minutos.
- Evidencia que responde al tratamiento en la fase aguda.

Los marcadores inflamatorios ayudan, pero no son esenciales.

Alrededor del 91% de los pacientes tienen ESD elevada.

Una pequeña proporción de pacientes con ESD normal por lo general tienen una Prot C react elevada.

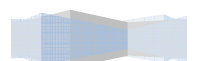
A veces: anemia normocítica y fosfatasa alcalina elevada.

Por si es una AR...

→ El factor reumatoide y los ac anticitrulinados son útiles para el diagnóstico de la AR de inicio tardío. Estos últimos son más específicos que el factor reumatoide.

→ Iono y perfil óseo son útiles si pensás en una causa metabólica o en malignidad, como la hipercalcemia y el mieloma, que pueden ser diagnosticados mediante electroforesis de proteínas séricas y proteína de Bence Jones en orina.

→ Si pensás en tiroides... TSH, T4L



→ Si pensás en secundarismo...

Fijate si fumó (Rx Tx) una orina completa es simple y fácil de hacer

→ Por si el tratamiento puede alterar la glucemia: HgbA1c basal.

A diferencia de la arteritis de cés gigantes, no hay urgencia clínica para comenzar con corticoides, por lo que se puede estudiar antes de comenzar tratamiento.

Tratamiento

Si hay cierta probabilidad de este cuadro, se puede comenzar con una prueba terapéutica de corticoides a dosis bajas.

Prednisona 15 mg /día x 3 semanas, a continuación

12,5 mg/día x 3 semanas, a continuación,

10 mg/día x 4 a 6 semanas

Luego bajar 1 mg cada 4 a 8 semanas.

De todas maneras el tratamiento corticoideo ideal es poco claro y el enfoque del tratamiento debe ser flexible.

La duración media del tratamiento con esteroides es 1.8 años.

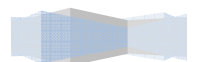
Seguir de cerca la respuesta; una mejoría clínica del 70% se ve generalmente dentro de 1 sem y la normalización de los marcadores de inflamación dentro de las 4 semanas de iniciar el tratamiento.

Está bueno pedirles a los pacientes que lleven un diario de los síntomas para proporcionar un registro de la respuesta al tratamiento. Sin embargo, la respuesta al tratamiento es muy variable y depende de varios factores, incluyendo la gravedad de la enfermedad y la comorbilidad.

Si no mejora clínicamente, hay que considerar un diagnóstico alternativo y remitirlo al especialista.

16 a 21% tendrán simultáneamente arteritis de cés gigantes: Inicio abrupto de cefalea, sensibilidad en el cuero cabelludo, alteración de la visión, y claudicación mandíbular o de lengua.

Recordá que los corticoides a largo plazo pueden desarrollar úlcera péptica, en particular en aquellos con antecedentes. Y pueden generar DBT e HTA, una discusión acerca de la dieta y estilo de vida puede ser apropiado. La polimialgia reumática puede ser debilitante y puede llevar a una pérdida de la



independencia, sobre todo si el diagnóstico se retrasa. Ponerse de acuerdo en un plan para recuperar el estado funcional es una parte integral de la gestión.

---

### **Tomar calcio no sirve!**

Publicado el 3 de octubre 2015

Ya denostado y en retirada los suplementos de calcio se están extinguiendo lentamente. Los pacientes no saben exactamente para que los toman e inteligentemente los dejan en períodos variables. Los médicos de atención primaria bien sabemos de los entramados de la industria farmacológica y alimenticia sobre la indicación de este producto.

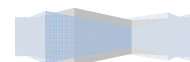
Un nuevo meta-análisis (1) de ensayos controlados aleatorios y estudios observacionales sobre el consumo de calcio y la prevención de fracturas.

Pacientes con ingesta de calcio en la dieta: leche o derivados, o suplementos de calcio (con o sin vitamina D) en mayores de 50 años.

\* Para calcio en la dieta, la mayoría de los estudios informaron NINGUNA asociación entre la ingesta de calcio y fractura (total de fracturas, fracturas de cadera, fractura vertebrales, y fracturas de antebrazo).

\* Para leche e ingesta de productos lácteos, la mayoría de los estudios también reportaron asociaciones. En 26 ensayos controlados aleatorios, los suplementos de calcio reducen el riesgo de fractura total de (20 estudios, n = 58 573; riesgo relativo 0,89, IC del 95% desde 0,81 hasta 0,96) y fractura vertebral (12 estudios, n = 48 967. 0.86, 0.74 a 1,00), pero NO de la más grave: cadera (13 estudios, n = 56 648; 0,95, 0,76 a 1,18) o fractura en el antebrazo (ocho estudios, n = 51 775; 0,96, 0,85 a 1,09).

\* También encontraron sesgos hacia los suplementos de calcio en los datos publicados. En los ensayos controlados aleatorios con riesgo bajo de sesgo (cuatro estudios, n = 44 505), NO hubo ningún efecto sobre el riesgo de fractura en cualquier sitio. Los resultados fueron similares para los ensayos de monoterapia calcio y coadministrado calcio y vitamina D. Sólo un ensayo en mujeres mayores frágiles en residencias con bajas concentraciones de



ingesta de calcio y vitamina D en la dieta mostraron reducciones significativas en el riesgo de fractura.

Conclusiones: La ingesta de calcio dietético NO está asociado a la prevención del riesgo de fractura, y no hay pruebas de ensayo clínico que indiquen que el aumento de la ingesta de calcio de fuentes dietéticas prevenga las fracturas. La evidencia de que los suplementos de calcio previenen fracturas es débil e inconsistente.

<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4580>

## Polineuropatías distales simétricas

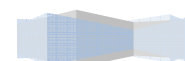
Publicado entre el 25 y el 27 de noviembre 2015

| Causas de Polineuropatías distales simétricas | Características                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DBT                                           | causa más común (32% -53% de los casos)                                                         |
| Pre DBT                                       | Test de tolerancia oral muy sensible                                                            |
| Enf renal crónica                             | Neuropatía particularmente grave cuando la enfermedad renal crónica es causada por la diabetes  |
| Enfermedad hepática crónica                   | Neuropatía típicamente leves                                                                    |
| Idiopática                                    | 24% -27%                                                                                        |
| Alcoholismo                                   | Segunda causa más común (investigar profundamente)                                              |
| Trast hereditarios                            | Historia familiar                                                                               |
| Enf Charcot Marie Tooth tipo 1                | Neuropatía motora sensitiva hereditaria desmielinizante                                         |
| Enf Charcot-Marie-Tooth tipo 2                | Neuropatía motora sensitiva hereditaria axonal                                                  |
| Amiloidosis familiar                          | Mutación de la transtiretina                                                                    |
| Nutricional                                   |                                                                                                 |
| Déficit de B12                                | Medir nivel de ácido metilmalónico cuando el nivel de B12 esté entre 200-400 $\mu\text{g/ml}$ . |
| Déficit de vitamina E                         | Puede causar ataxia cerebelosa.                                                                 |
| Déficit de vitamina B6                        | Puede causar neuropatía cuando el nivel es demasiado alto o demasiado bajo.                     |
| Déficit de tiamina                            | Puede presentar con ataxia, oftalmoparesia, y confusión.                                        |
| Déficit de cobre                              | A menudo se presenta como una mieloneuropatía.                                                  |
| Bypass gástrico                               | A menudo difícil determinar qué factor responsable.                                             |
| Síndromes de mal absorción                    | A menudo difícil determinar qué factor responsable.                                             |

Muchos pacientes no consultan por lo que hay que interrogarlo sobretodo en DBT.

El tratamiento tiene buen nivel de evidencia para que los usemos:

- Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina) (reducción del 50% en el

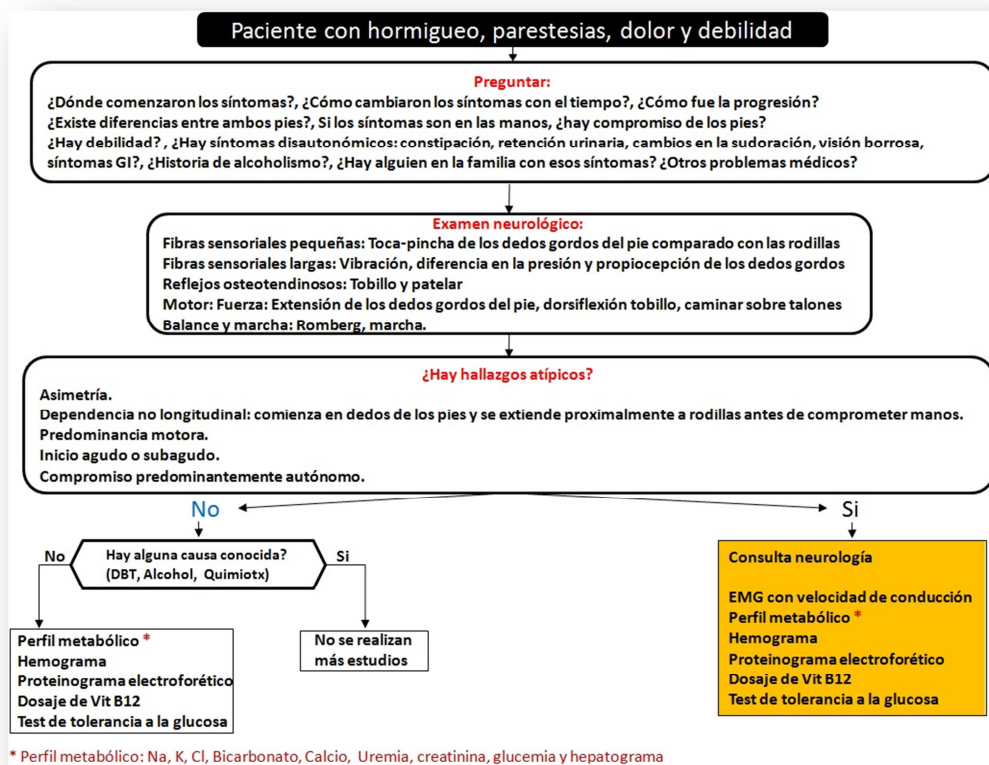


dolor)

- IRSS: duloxetina, venlafaxina
- Gabapentina y pregabalina

Con respecto al ácido valproico y la capsaicina los resultados son contradictorios y los efectos adversos limitan su utilidad.

Aunque existe evidencia para los medicamentos opioides para el dolor neuropático sólo proporcionan alivio a corto plazo. Una recomendación reciente de la Asociación Americana de Neurología aconsejó en contra de su utilización para el manejo de dolor crónico no oncológico a largo plazo.



<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2471578>

