

Anuario

2021

FUNDACION MF





HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

*Servicio de Medicina Familiar
y Comunitaria*

Índice

Contenido	Pág.
Prólogo	8
Decisiones compartidas	9
La revolución de los pacientes.	10
Prevención	14
Cambiar (actualizar) conductas preventivas.	15
El exceso de mortalidad durante la pandemia COVID-19. (Publicación de Micelio)	20
Deprescribir.....	23
Rastreo de la displasia de cadera en lactantes.	28
Rastreo de Cáncer de pulmón.....	31
Rastreo de Cáncer de pulmón. Actualización de la USPSTF	35
Cáncer de pulmón y venta de cigarrillos.....	36
¿A quiénes benefician los programas de rastreo?.....	37
El furor de pedir estudios: La RMN.	41
Vacunas	44
Vacuna contra el meningococo.....	45
Salud del niño	47
Síndrome de hiperemesis por cannabis en adolescentes.....	48
Efectividad de la miel en el catarro en niños.	50
Epidemiología del síndrome multisistémico.	52
Conmoción cerebral y el tiempo frente a las pantallas.	57
El juego de la asfixia.	60
Autismo: Criterios actualizados.....	64
Una aplicación para diagnosticar autismo en bebés.....	68
Cirugía bariátrica para adolescentes obesos.....	70
Programas antibullying en colegios.	79
Niños con faringitis PFAPA.	82
Nuevas tecnologías para niños con DBT tipo I.	85
Traumatismo de cráneo cerrado en lactantes.	89
En el encierro aumenta la miopía en los niños.	91

Salud de la mujer	93
Banderas rojas en el dolor pelviano.....	94
Infecciones urinarias recurrentes.....	97
¿Cuáles son mis opciones anticonceptivas y qué eficacia tienen?	100
Métodos anticonceptivos. Criterios de elegibilidad.	101
Aborto espontáneo incompleto.....	102
Aspirina en dosis bajas para mujeres con antecedentes de abortos espontáneos.....	106
Las cesáreas son cada vez más frecuentes.	107
Salud del anciano	113
Cómo medir hipotensión en ancianos frágiles.....	114
¿Cuál es la asociación entre el deterioro cognitivo y el hipotiroidismo?	115
Los riesgos de indicar anticolinérgicos en ancianos.....	118
No combinar anticolinérgicos e inhibidores de colinesterasas.....	122
Actividad física en ancianos.	123
Problemas cardiovasculares	126
ICC. Actualización de la guía de la Sociedad Europea de Cardiología.....	127
En qué casos solicitar un ecocardiograma NO cambia conducta.	128
Solicitar un ecocardiograma en un paciente con síncope.	129
Sirve el ayuno para disminuir las enfermedades cardiovasculares. (Micelio).....	131
Sirve la dieta vegana para disminuir las enfermedades cardiovasculares.....	133
Tabla de factores de riesgo CV en poblaciones de mediano y bajo ingreso. (Micelio).....	136
¿Medir factores de riesgo CV no tradicionales? No. Aún no.	137
Miocarditis por COVID-19 y post vaccinal.....	139
El rastreo de compromiso cardíaco por COVID-19.	141
Aleteo Auricular.	144
Fibrilación auricular: Control de la frecuencia o del ritmo.	148
Ergometría: Indicaciones.....	152
Diabetes	153
Los nuevos hipoglucemiantes y la pérdida de peso.....	154
Actualización recomendación de rastreo de DBT y PreDBT.....	155
Rastreo de diabetes gestacional.	158
HTA	160

Daño y beneficio de suspender los antihipertensivos en ancianos.....	161
Los bloqueantes cálcicos como agentes antihipertensivos de primera línea.....	164
Medís la presión arterial en el consultorio, ¿siempre?, ¿a veces?.....	167
Problemas osteo artículo musculares.....	175
El tratamiento intraarticular con plasma rico en plaquetas.	176
Diferencias entre el dolor articular y el peri-articular.....	177
Rotura del tendón de Aquiles.	178
Tenosinovitis de Quervain.....	180
Enfermedad de Dupuytren.....	182
Salud Mental / Adicciones	189
¿Cómo se evita la recaída al suspender los antidepresivos?	190
¿Recaída o abstinencia al suspender los antidepresivos?	194
Violencia sexual: 5 puntos a tener siempre presentes.	195
¿Cuál es la eficacia de Alcohólicos Anónimos?	197
Fármacos.....	201
Cannabis para el dolor.	202
Acción y efecto de los opioides.	204
Intolerancia a las estatinas.....	205
Semaglutida para la obesidad.	206
La ivermectina en la epidemia COVID-19.....	211
Aducanumab.	216
Melatonina en la ansiedad perioperatoria.	218
Problemas infectológicos/COVID-19.....	220
VIH: Cura sin medicación.....	221
Hepatitis: Un repaso.....	225
Infecciones urinarias recurrentes.....	226
Grado de vacunación y mortalidad en países europeos.....	231
Variante Delta en niños.....	232
Síndrome post COVID en niños.	234
Miopericarditis por vacuna anti COVID en niños.....	238
La variante Delta.	242
Vitamina D en pacientes con COVID-19.....	244

Corticoides en COVID.	246
Budesonide inhalatoria en COVID en el hogar.....	247
Tratamientos para COVID-19.	249
La variante Delta. La eficacia de las vacunas.....	250
Tuberculosis vs COVID.....	254
La infodemia.....	255
Problemas dermatológicos.....	258
Acné Vulgaris.....	259
Dermatosis por barbijo.	260
Dermatosis purpúrica pigmentada. Capilaritis.....	261
Alopecia.....	262
¿Es necesario controlar los lunares?.....	264
Problemas gastroenterológicos	269
Acalasia.....	270
¿Rastrear hígado graso?.....	272
Diverticulitis aguda.....	275
Problemas neurológicos	277
Aneurismas cerebrales.....	278
Enfermedad de Parkinson.....	280
Tratamientos para la migraña aguda.	282
Epilepsia que comienza en ancianos.....	284
10 tips para tener en cuenta en prevención de ACV.	285
ACV y AIT, ¿Qué hacer?.....	288
Problemas de vía aérea superior e inferior	290
Entrenamiento y rehabilitación pulmonar.....	291
Faringitis: El score de Centor.....	295
Retrasarse en comenzar los ATB en una neumonía es mejor!	298
Neumonía adquirida de la comunidad en niños: Son 5 y no 7.	300
COVID-19 o Alergia.....	305
Otros problemas clínicos	306
Hiperparatiroidismo primario.....	307
Trombosis de la vena central de la retina.....	309

Anemia. ¿Qué pedir?.....	312
La medicina del comportamiento.	313
No pidas dosaje de vitamina D.....	318
Levotiroxina para síntomas depresivos en pacientes con hipotiroidismo subclínico.....	320
¡Estoy harto del Zoom!.....	321

Prólogo

Un año más juntos. El segundo que vivimos en pandemia. Con todo lo que esto significa. Hemos visto alterar nuestra vida personal y profesional. También la de nuestras familias y amigos y, por supuesto, las de nuestros pacientes.

Desde esta Comunidad virtual, hemos tratado de mantenernos juntos e informados y alivianar, si eso es posible, la enorme carga que ha sido transitar esta realidad.

Y lo hicimos aportando información y contenidos que consideramos valiosos, basándonos en fuentes confiables de información y revisando minuciosamente todos y cada uno de los posts.

Lo más lindo de esta comunidad es, sin lugar a dudas, el ida y vuelta.

Los comentarios, las preguntas y, por qué no, los cuestionamientos y disidencias.

Es cierto que la pandemia invade la agenda de la salud casi inevitablemente.

Pero quienes atendemos personas y nos centramos en ellas, sabemos que la salud no se limita ni se limitó nunca (aunque por momentos parte del sistema funcionó así) a tener o no tener COVID-19.

Y es por eso que nos propusimos "despandemizar" los contenidos y aportar información que consideramos útil y valiosa, siempre con la mirada de la Medicina Familiar y la atención primaria de la salud.

Es extremadamente valioso que ustedes estén allí. Es extremadamente valioso que comenten, compartan, critiquen, discutan. Eso nos hace una Comunidad virtual que tiene una mística única. Y nos acerca.

Para el nuevo año que se inicia les deseo salud.

Y también deseo que quienes integramos los equipos de salud seamos reconocidos, valorados, valorizados como corresponde por nuestra tarea. Que incluye condiciones dignas de contratación y trabajo, remuneración acorde y trato respetuoso.

Esto también es salud.

Los abrazo fuerte y brindo por ustedes.

Dra. Karin Kopitowski

Jefa Servicio Medicina Familiar y Comunitaria

Hospital Italiano de Buenos Aires

Presidente Fundación MF

Decisiones compartidas

La revolución de los pacientes.

Publicado el 11/10/2021

La siguiente es una copia del artículo realizado en base a una entrevista realizada a la Dra Karin Kopitowski aparecido en INFOBAE

Después de hacerse un estudio, AM se enteró que tenía una displasia mamaria. Son cambios en el tejido mamaria benignos en la mayoría de los casos.

El médico patólogo que la atendió le recomendó un medicamento como prevención del cáncer.

AM es psicopedagoga y madre con 3 hijos, decidió consultar a su médica de cabecera. “Quería saber si tomar ese medicamento iba realmente a beneficiarme”, contó a **Infobae**.

Su médica de cabecera le brindó información tanto sobre los beneficios y riesgos del consumo del medicamento como sobre la opción de no tomar nada. “... Mi médica me escuchó y decidimos juntas. No tomé el medicamento, y me hago controles periódicos. Si aparece alguna otra calcificación, tendré tiempo para evaluar de nuevo...”, comentó.

La mujer tiene 56 años. Vive en la ciudad de Buenos Aires. Hace diferentes manualidades. Es bailarina de danzas italianas en su tiempo libre y forma parte de una revolución silenciosa de los pacientes que hoy se está produciendo en el mundo.

Se hace a partir del desarrollo de un modelo de cuidado basado en la toma de decisiones compartidas entre médicos y pacientes. Los pacientes también tienen mucho para decir, pensar y decidir sobre sus propios cuerpos.

La toma de decisiones compartidas implica un cambio de paradigma en la historia de la medicina. Está rompiendo con el modelo paternalista por el cual **los profesionales de la salud estaban subidos en el pedestal del conocimiento sobre el cuerpo humano y sus enfermedades y bajaban las órdenes sobre los tratamientos que los pacientes debían seguir.**

El médico Víctor Montori, investigador de la Clínica Mayo, de EE.UU, considera que el profesional de la salud debe tener curiosidad, estar presente y contar con suficiente tiempo para mantener una conversación sin prisa con el paciente/Clínica Mayo

Víctor Montori, catedrático de medicina en la Clínica Mayo, en Rochester, Estados Unidos, es el impulsor del modelo de la toma de decisiones compartidas. Nació en Perú, y es autor del libro “**La Rebelión de los Pacientes: Contra una atención médica industrializada**”.

En diálogo con **Infobae**, comentó que el cambio hacia el nuevo modelo está en marcha.

“Estamos trabajando para pasar de una medicina industrializada a una atención cuidadosa y gentil para todos. Esa es nuestra misión, y está encontrando eco no solo en América Latina sino también en países desarrollados, donde la situación no es mejor aunque por razones diferentes”, expresó el doctor Montori.

Que la relación entre médicos y pacientes cambie masivamente no resulta tan fácil. “En el mundo, hay un deterioro de las oportunidades para que médicos y pacientes puedan tener encuentros sin prisas y **puedan llegar a un entendimiento conjunto y cabal sobre lo que les está pasando en cuanto a los problemas de salud, y qué deben hacer para salir adelante. Las consultas son extremadamente breves y apuradas en muchos puntos de atención.** Son frecuentemente interrumpidas en ambientes bulliciosos”, dijo el doctor Montori. En ese contexto, “la falta de decisiones compartidas es un síntoma de servicios de salud que pueden procesar pacientes, pero no pueden cuidarlos”, agregó.

Entre los obstáculos que se encuentran en América Latina, se incluye “la falta de inversión, la pobreza estructural, la falta de educación, y la corrupción. En los países desarrollados, también hay falta de inversión por políticas de austeridad en sistemas públicos, la búsqueda desmedida de lucro, los manejos ineficaces, y la corrupción del propósito del sistema, que no está enfocado en cuidar y tiene un motor económico”, según Montori.

¿En qué consiste el modelo de toma de decisiones compartidas?

“Es un trabajo conjunto del paciente y el médico y en una colaboración mutua para encontrar la mejor manera de actuar respecto al cuidado del paciente.

Aunque el concepto sea simple, convertirlo en realidad es más complicado y requiere dedicación tanto del médico como del paciente”, explicó Montori.

Hay herramientas específicas que los profesionales pueden usar con sus pacientes.

Ya existe la Red Iberoamericana para la Toma de Decisiones Compartidas en Salud, que está integrada por profesionales de la Argentina, Chile, Perú, México, y España. Una de sus líderes es la médica argentina Karin Kopitowski, quien es Jefa del Servicio de Medicina Familiar y directora del Departamento de Investigación del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.

“El modelo de toma de decisiones compartidas supone un gran cambio para los profesionales de la salud -explicó Kopitowski a **Infobae**. Algunos médicos están de acuerdo con dar más participación a los pacientes. Pero piensan que es una habilidad blanda y que no requiere entrenamiento. Por el

contrario, **implica capacitación en el uso de herramientas y el desarrollo de una actitud que implica trabajar juntos para que los pacientes puedan tomar la mejor decisión ante diferentes situaciones que se les presenten.** Implica dejar de ser paternalista, compartir cuál es la evidencia sobre los tratamientos y aceptar que los pacientes pueden tomar decisiones con las cuales no estaríamos de acuerdo”.

Para la médica, hay que recordar que “las personas son expertas en sí mismas. Cada uno sabe qué le gusta o qué es importante en cada momento para su vida. Entonces, si una patología admite diferentes tratamientos, un paciente puede decidir que no hará una cirugía por temores, pero sí recibirá fármacos. Otro puede decidir al revés en base a sus preferencias, aunque siempre en el marco de la medicina basada en la evidencia”, detalló Kopitowski.

La toma de decisiones compartidas “es un proceso de un diálogo entre el experto en salud, que es el profesional, y el paciente, que es experto en su propio cuerpo.

Está basado en el principio de autonomía de cada persona, que puede decidir sobre su cuerpo”, afirmó la médica.

No se debe confundir con el consentimiento informado. “Antes de firmar el consentimiento, debería realizarse el proceso de diálogo para ayudar al paciente a tomar una decisión”, añadió.

Con su equipo del Hospital Italiano, Kopitowski diseñó la primera herramienta en la Argentina para que los profesionales acompañen a las pacientes a decidir cuándo hacerse la mamografía:

<http://decidirmamografia.com.ar/atencion>

Con la evidencia, los pacientes pueden decidir cuándo hacerse los chequeos médicos, entre otras decisiones que afectan a sus cuerpos y su situación emocional/SALUD UW MEDICINE

A la hora de consultar al profesional de la salud desde esta nueva perspectiva, hay varias claves para tener en cuenta: “Generalmente ante un diagnóstico de enfermedad, hay más de una opción. Incluso cada paciente tiene el derecho a elegir la opción de no hacer nada. **En cada situación, tiene derecho a estar informado sobre los beneficios y las potenciales consecuencias de cada opción”, precisó.** También las decisiones compartidas atraviesan decisiones como cuál anticonceptivo tomar o cuándo hacerse diferentes chequeos y volver a repetirlos como las mamografías o los análisis de la próstata.

“Lo más importante es que el profesional de la salud esté convencido en abrirse al diálogo y que pueda acompañar la decisión que el paciente adopte. **No se trata solo de dejar solo al paciente, sino de compartir la información sobre las probabilidades de los riesgos y los beneficios, entre otras cuestiones. En muchos casos, la decisión se puede revisar más adelante en función de la respuesta a los tratamientos”,** resaltó Kopitowski, quien es autora del libro **Factores de Riesgo cardiovascular. Un abordaje desde la toma de decisiones compartidas**, con prólogo de Montori. No se trata solo de dejar solo al paciente, sino de compartir la información sobre las probabilidades de los riesgos y los beneficios de cada opción de tratamiento

Con el nuevo modelo de cuidado, cambia también el concepto de adherencia.

Generalmente, los médicos lo mencionan al decir que un paciente siguió las indicaciones que le dieron, como tomar una pastilla cada día o hacer actividad física, entre otros. “Desde el nuevo paradigma, significa que el paciente adhirió a la decisión que tomó acompañado por el profesional.

El objetivo es que el paciente esté bien informado y que tome decisiones acertadas”, señaló la médica, que es miembro de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, que hará en noviembre su congreso e incluirá el tema del modelo de toma de decisiones compartidas.

Ante la consulta médica, Kopitowski mencionó que cada paciente puede preguntar a su médico qué opciones de tratamiento tiene, cuáles son las ventajas y las desventajas de cada una de esas opciones, y cuál es la probabilidad de que los beneficios y los efectos adversos ocurran.

La revolución está en marcha. AM, la paciente, expresó a **Infobae**: “Hace mucho, había ido a un médico que casi ni me miró a la cara. No fui más.

En cambio, con este modelo de decisiones compartidas, me siento activa.

Sé que puedo tomar decisiones sobre mi cuerpo, y que mi médica está abierta a escucharme.

Cuando recibo los resultados de los análisis, los miro y pregunto si tengo dudas. Que me escuchen y me ayuden a decidir me da mucha confianza y comodidad”.

https://www.infobae.com/america/tendencias-america/2021/10/10/la-revolucion-de-los-pacientes-impulsan-la-toma-de-decisiones-compartidas-para-transitar-las-enfermedades/?fbclid=IwAR3xCs9M3L3CbsExeAgGbi4_ZuAn3Xy_grIKtl_siuHsi8MgLRtrRQzjt-c

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

Prevención

Cambiar (actualizar) conductas preventivas.

Publicado el 04/11/21

Desde hace más de 70 años, la detección para detectar enfermedades o factores de riesgo antes de que aparezcan síntomas se ha convertido en una característica familiar de la atención médica moderna.

Las pruebas de rastreo ofrecen una combinación de beneficios, daños y costos para la salud.

Es importante destacar que estos resultados no son constantes: cambian con nueva evidencia, varían entre contextos y con el tiempo.

Los estudios de rastreo (organizados o no como programas) tienden a reaccionar con lentitud a estos cambios; las alteraciones a menudo son resistidas y controvertidas.

Las razones incluyen intereses financieros, falta de evidencia de alta certeza o evaluación adecuada de la evidencia existente, una creencia problemática de que la detección temprana es siempre mejor, o simple inercia o preferencia por el status quo.

Los programas de detección a menudo se financian con presupuestos de salud colectivos limitados.

Se dirigen a personas asintomáticas, la mayoría de las cuales no son las que más necesitan atención médica.

Por lo tanto, la detección continuada frente a circunstancias cambiantes merece una consideración cuidadosa, ya que potencialmente conduce a daños a personas sanas y al desperdicio de recursos escasos.

Si bien existen principios bien establecidos para iniciar la detección, no existe ninguno para detenerla y existe una necesidad de métodos claros y acordados para reevaluar activamente las prácticas existentes que aborden los sesgos inherentes hacia el mantenimiento del status quo.

¿Por qué las prácticas de detección necesitan una reevaluación?

El valor de la detección puede cambiar por varios factores, incluidos los cambios en la incidencia de la enfermedad, los avances en el diagnóstico y el tratamiento, la evidencia de los programas en curso y las posibilidades de prevención.

→ Cambios en la incidencia.

La prevención primaria puede reducir la incidencia de la enfermedad y, por tanto, el beneficio absoluto del rastreo.

Por ejemplo, la incidencia de aneurisma de aorta abdominal se redujo en un 70% en el Reino Unido y Suecia, probablemente debido a la reducción del tabaquismo, y es probable que la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) reduzca en gran medida el cáncer de cuello uterino.

Por lo tanto, se reduce el beneficio potencial del rastreo para estas afecciones, mientras que es probable que los daños potenciales del rastreo se vean menos afectados.

El beneficio neto disminuirá porque los beneficios se vuelven clínicamente menos importantes y son superados por los daños.

Esto podría justificar la reducción de la intensidad del rastreo, detenerlo por completo o hacerlo solo a grupos seleccionados.

Por el contrario, los aumentos en la incidencia pueden mejorar el beneficio neto de la detección, por ejemplo, en afecciones relacionadas con la obesidad.

→ Avances en diagnóstico y tratamiento.

Las mejoras en los resultados en las etapas posteriores de la enfermedad o en todas las etapas, debido a un tratamiento mejorado, también tienden a disminuir los beneficios de la detección, mientras que las mejoras en los resultados, principalmente en las etapas más tempranas de la enfermedad, pueden aumentar los beneficios de la detección.

Desde la introducción de la terapia sistémica y con una atención más centralizada, la mortalidad por cáncer de mama se ha reducido sustancialmente en todas las etapas, con las mayores reducciones (50% en muchos países) en mujeres por debajo de la edad típica para la detección.

De manera similar, las mejoras en las pruebas convencionales o el desarrollo de otras nuevas pueden afectar el desempeño y cambiar los beneficios, daños o costos de la detección.

→ Estimaciones inadecuadas de beneficios, daños o costos.

En ocasiones, el rastreo se ha basado en pruebas de baja calidad.

Las nuevas revisiones que incluyen sólo evidencia de alta calidad pueden mostrar que los beneficios son pequeños o incluso inexistentes.

Por ejemplo, el rastreo de neuroblastoma en niños se implementó en Japón sobre la base de un beneficio teórico y la evidencia de estudios observacionales.

Los estudios en Canadá y Alemania, y la resíntesis de los datos que tomaron en cuenta los aumentos de incidencia observados, no mostraron ningún beneficio en la mortalidad, pero sí un sobrediagnóstico considerable, y posteriormente se detuvo el rastreo en Japón.

Incluso cuando la implementación se basa en ensayos aleatorizados, puede ser difícil lograr un rendimiento similar en el mundo real por razones como la aceptación o la calidad de las pruebas.

Esto se puede monitorear con indicadores de desempeño: el monitoreo de los programas de detección temprana del cuello uterino mostró altas tasas de sobredetección y un beneficio de mortalidad moderado, lo que provocó importantes cambios en el servicio.

El monitoreo de las tasas de asistencia y el comportamiento (por ejemplo, la no participación regular, incidental o estructural) puede identificar diferencias sustanciales con respecto a lo esperado.

Esto puede significar que la rentabilidad es menor de lo estimado.

→ Daños no reconocidos.

El sobrediagnóstico y el sobretratamiento causado por la detección del cáncer y la (pre) diabetes proporcionan ejemplos de daños que no se reconocieron lo suficiente cuando se recomendó la detección o se cambiaron los criterios de la enfermedad.

El sobretratamiento puede ocurrir no solo para la enfermedad diana, sino también para sus precursores y factores de riesgo.

Otros daños subestimados incluyen las consecuencias psicológicas de los falsos positivos y los rótulos.

Los ensayos rara vez se diseñaron o tenían el poder estadístico necesario para cuantificar daños importantes específicamente, y algunos daños no se consideraron cuando se diseñaron los ensayos.

El reconocimiento tardío del sobrediagnóstico y el sobretratamiento en la detección del cáncer de próstata, por ejemplo, ha reducido el uso de pruebas de PSA.

La inclusión de daños previamente no reconocidos, como el sobrediagnóstico, en la evaluación de la economía de la salud puede reducir sustancialmente el número de años de vida ganados ajustados por calidad, alterando significativamente la relación costo-efectividad incremental.

→ Optimización del beneficio neto mediante la selección de grupos más selectos.

Los avances en la predicción del riesgo o la identificación de nuevos factores de riesgo pueden sugerir cambios en la detección para optimizar el beneficio neto.

En el rastreo cervical, por ejemplo, las pruebas de VPH se utilizan para informar los intervalos de rastreo óptimos para subgrupos de mujeres, como aumentar el intervalo de rastreo de cinco a 10 años en mujeres de 40 años o más con un resultado de VPH negativo.

→ Hacer que la reevaluación sea sólida e implementable.

Una reevaluación sólida requiere un compromiso con procesos transparentes con un sesgo mínimo y la aceptación de que esto puede conducir a cambios sustanciales.

También necesita una financiación adecuada con una implementación de cambios de alta calidad y un seguimiento continuo.

Las recomendaciones de detección se basan en juicios de valor sobre beneficios y daños.

Las personas en general, pero particularmente aquellas con intereses creados, tienden a sobrestimar la magnitud o importancia de los beneficios del rastreo y subestiman los daños.

Los cambios en la práctica pueden variar desde cambios en la comunicación con los participantes potenciales, hasta cambiar las estrategias de test o la población objetivo, hasta detener la detección.

Si se recomienda un cambio, puede resultar útil introducirlo de forma aleatoria para obtener conocimientos y aclarar los efectos inciertos.

Se necesita un poder de decisión, liderazgo, participación pública y apoyo de las autoridades nacionales de salud para garantizar que la reevaluación del rastreo sea posible y que se implementen las recomendaciones.

Es posible que las partes interesadas no siempre acepten fácilmente las conclusiones y pueden causar división.

Si la reevaluación indica que el rastreo no confiere los beneficios que se pensaban anteriormente, puede haber barreras sustanciales para reducir o detener el rastreo.

El sobrediagnóstico puede aumentar de manera contradictoria el entusiasmo por el rastreo porque las personas que han sido sobrediagnosticadas a menudo perciben que fueron "salvados por el rastreo" (la paradoja de la popularidad).

Otras barreras incluyen el miedo al racionamiento, el efecto dotación (sentimiento de derecho a bienes o servicios), los intereses económicos e intelectuales y la creencia de que la detección más temprana debe ser mejor.

Recientemente, se volvió a demostrar que esta creencia no siempre es correcta para la detección del cáncer de ovario.

Los médicos realizan pruebas de detección por un deseo genuino de prevenir la morbilidad y la mortalidad.

Por lo tanto, puede ser difícil que acepten nueva evidencia de que los esfuerzos de detección tuvieron menores beneficios de lo que se suponía y pueden haber causado daños importantes.

Las intervenciones destinadas a abordar las emociones y la resistencia provocadas por el cambio pueden aumentar la aceptación y reducir las barreras para detener el rastreo.

Otras estrategias que ayudan al cambio exitoso son la participación de las partes interesadas, la eliminación de las barreras financieras y organizativas (como ayudar a reestructurar las prácticas de salud para evitar la pérdida de ingresos) y la aceptación del liderazgo.

El apoyo profesional y el acuerdo general pueden reforzar la acción política y disminuir la resistencia pública.

Aunque una reevaluación rigurosa requiere recursos, creemos que está justificada considerando los daños y costos de la detección, y el potencial de un mayor beneficio neto con ahorros de costos a través de prácticas optimizadas.

La detección de personas asintomáticas conlleva la responsabilidad de monitorear y evaluar continuamente los resultados de manera sistemática, transparente e independiente.

Puede que no exista un enfoque universal para la reevaluación del rastreo, pero nuestra propuesta es un punto de partida para la discusión.

Necesitamos un discurso sobre la mejor manera de reevaluar las prácticas de detección actuales de una manera que no esté sesgada hacia el mantenimiento del status quo.

La gestión eficaz de los intereses creados es fundamental, pero también lo son los umbrales predefinidos para los efectos, el rigor metodológico y la participación pública.

Es posible que las reevaluaciones deban adaptarse a tipos individuales de detección y sistemas de atención médica, idealmente con un requisito reglamentario tanto para el marco de reevaluación como para el monitoreo para garantizar la viabilidad e integridad del proceso.

El próximo paso importante hacia adelante será el desarrollo de un marco sólido que aborde eficazmente las barreras a los cambios necesarios.

Para que la sociedad se beneficie, el proceso debe operar de manera independiente y transparente con el apoyo de partes interesadas, expertos y políticos.

De lo contrario, es posible que las prácticas de detección no sigan brindando beneficios que superen los daños a un costo razonable y que sean aceptables para la mayoría.

Este artículo apareció en el BMJ como:

Los exámenes de salud necesitan una reevaluación periódica independiente

<https://doi.org/10.1136/bmj.n2049>

El exceso de mortalidad durante la pandemia COVID-19. (Publicación de Micelio)

Publicado el 22/10/21



ACTUALIZACIÓN EXCESO DE MORTALIDAD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

SEPTIEMBRE 2021

Colaboradores: Mauricio Kemnitz, Camila Volij

En un **ateneo bibliográfico** se presentaron y analizaron dos estudios:

-[Explorando la brecha entre el exceso de mortalidad y las muertes por COVID-19 en 67 países. JAMA Netw Open. Jul. 2021.](#)

-[Exceso de mortalidad por la pandemia COVID-19 durante 2020 en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. RASP. Jun. 2021](#)

¿Qué es el exceso de mortalidad?

Es la estimación del **número adicional de fallecimientos** ocurridos en el marco de un **evento** de impacto socio sanitario **comparado** con el **número de muertes previstas** para ese período si este evento no hubiese existido.

¿Cuándo se utiliza?

Al momento de **medir el impacto global de la pandemia** este indicador es **más completo y sólido que si solo** miramos el número de **muertes por COVID-19**, ya que anula errores por diagnósticos erróneos, notificación insuficiente y suma las muertes por daños colaterales (ej. falta de acceso a atención médica a otras patologías).



¿Cuáles fueron los resultados?

Se observó un exceso de muertes (EM) en 2020 con respecto a un período histórico entre 2015 y 2019 en casi la totalidad de los 67 países analizados, provenientes de Europa, Norteamérica, Sudamérica y Asia principalmente. En la provincia de Buenos Aires el EM fue de 12.5%.

¿Cómo se interpretan estos resultados?

Los resultados muestran que hubo **mayor mortalidad** en una **gran cantidad de países** de 4 continentes distintos en el año en que irrumpió la pandemia por COVID-19, refutando hipótesis que minimizaban el impacto de este evento comparándolo con "una gripe más".

Como **estudio descriptivo** permite **valorar si hubo EM o no**, y cómo ese exceso se relaciona con el número de muertes por covid-19 para **elaborar hipótesis** que puedan explicar estos resultados.

Limitaciones

No permite inferir las causas de esos hallazgos, si tienen más que ver con la virulencia y letalidad del virus o con la capacidad del sistema de salud y el contexto de cada país para dar una respuesta a esta crisis sanitaria (ej. capacidad de testeo y rastreo de contactos, posibilidad de contactos de aislarse, disponibilidad de camas, respiradores, personal capacitado, saturación del sistema para atender otras patologías, impacto económico y social de las medidas no farmacológicas, etc).

Deprescribir.

Publicado el 23/09/21

Reducir el uso excesivo de medicamentos es lo que se conoce como un “problema perverso”, resistente al cambio e imbuido de complejas interdependencias que desafían los enfoques reduccionistas.

La campaña Choosing Wisely, aunque bien intencionada, ha tenido un éxito limitado hasta la fecha para frenar el uso excesivo, innecesario y a menudo inapropiado de medicamentos, especialmente entre los adultos mayores que comúnmente experimentan tales desventuras con los medicamentos.

Los programas intensivos han tenido más éxito pero son difíciles de escalar.

Hace dos décadas, la atención médica recurrió a la industria de la aviación en busca de lecciones sobre los procesos y culturas de la seguridad.

Lo que se necesita ahora para la deimplementación es un cambio transformacional similar en el pensamiento.

Uno de los aspectos más desafiantes de la deimplementación es detener un tratamiento o prueba recurrente que el paciente ha estado recibiendo regularmente.

Una cosa es aconsejar a un paciente que no necesita imágenes para su dolor lumbar, o colocar barreras para solicitar, acceder o pagar este tipo de servicio.

Otra muy distinta es decirle a un paciente que deje de tomar algo que está acostumbrado a recibir, por ejemplo, un medicamento para reducir la glucemia o un analgésico que ha estado tomando durante años, así también con vitaminas y otros medicamentos "placebos".

Las herramientas administrativas que se pueden utilizar para restringir el acceso a menudo no se aplican.

Los pacientes pueden sentirse abandonados.

Tanto los pacientes como los médicos pueden temer lo que sucederá si interrumpen un tratamiento que antes creían necesario.

No mover el barco ahorra tanto a los médicos como a los pacientes el tiempo y la angustia psicológica de las conversaciones y decisiones potencialmente difíciles.

Es frente a estos desafíos que la búsqueda de conocimientos de otros campos puede ofrecer nuevas oportunidades para crear un cambio significativo.

Si buscamos modificar el comportamiento, ¿quién mejor para participar que los expertos en publicidad, comunicaciones, economía y ciencias políticas, que se preocupan por comprender e influir en la forma en que las personas piensan y actúan?

Mientras tanto, dentro del cuidado de la salud, el creciente énfasis en la ciencia de la implementación proporciona una tremenda palanca para ofrecer herramientas prácticas respaldadas por una teoría rigurosa que se puede utilizar para crear un cambio de comportamiento en torno a la deimplementación.

Un buen ejemplo es el modelo COM-B, (que nació de la aviación) que postula que el cambio de comportamiento surge de la interacción de:

C: Capacidades (el conocimiento, las habilidades y la autoeficacia necesarios para representar un comportamiento),

O: oportunidad (el entorno físico y social que permite un comportamiento)

M: motivación (impulso arraigado y decidido a hacer el esfuerzo de hacer que suceda un comportamiento (B: Behavior)).

Es la combinación de estos tres elementos lo que tiene más probabilidades de cambiar el comportamiento a corto plazo y mantenerlo en el tiempo.

De forma aislada, cada conductor es menos eficaz.

El uso de este modelo puede ayudarnos a comprender por qué muchos esfuerzos para reducir el uso excesivo han tenido un éxito limitado.

Para obtener estos conocimientos, revisamos todos los ensayos controlados aleatorios de intervenciones de deprescripción centradas en el médico y / o el paciente en entornos ambulatorios y hospitalarios identificados en revisiones sistemáticas recientes.

Entre estos estudios, identificamos el (los) objetivo (s) de las intervenciones y mapeamos los tipos de intervenciones utilizadas con los elementos de cambio de comportamiento articulados en el modelo COM-B.

Los resultados, que se muestran en la Figura transmiten varias lecciones.

En primer lugar, la mayoría de las intervenciones en particular las dirigidas a los médicos, se centraron solo en un elemento del cambio de comportamiento.

En segundo lugar, las intervenciones de prescripción tendían a dirigirse a los médicos; estaban menos centradas en los pacientes y sus cuidadores.

La aceptación del paciente (y el familiar/acompañante) es a menudo esencial para la deprescripción, y dada la limitada coordinación de la atención y la propensión de los sistemas de

Los círculos de colores designan el número de estudios de ese tipo que utilizaron una modalidad específica de cambio de comportamiento (algunos estudios utilizaron más de uno).

Veintiocho estudios se dirigieron solo a médicos, cinco solo a pacientes y / o cuidadores, y diez a ambos.

(B) La superposición de las modalidades de cambio de comportamiento utilizadas en todos los estudios.

(C) Hallazgos entre estudios estratificados por objetivo de intervención.

10 intervenciones se dirigieron tanto a los médicos como a los pacientes / cuidadores y, por lo tanto, están representadas en ambas figuras en (C).

Crear intervenciones que aborden el espectro completo de elementos de cambio de comportamiento, ya sea en una sola intervención o en una serie de esfuerzos vinculados, es sin duda un desafío.

Sin embargo, se puede hacer.

El estudio D-PRESCRIBE (1), combinó folletos sobre medicamentos de alto riesgo enviados por correo a los pacientes con un farmacéutico y se le enviaba un fax al médico de atención primaria del paciente, en el que se describe una justificación basada en la evidencia y las opciones para suspender los medicamentos cuando sea apropiado.

Los folletos se diseñaron con el aporte de personas con experiencia en el uso de estos medicamentos, incorporaron preguntas e historias destinadas a incitar a los pacientes a reevaluar sus creencias sobre los medicamentos y alentarlos a actuar, y habilitaron la capacidad de disminuir gradualmente cuando fuera apropiado con una infografía fácil para seguir los regímenes.

Esto mejoró no solo el conocimiento sino también la motivación, principios que se han aprovechado en esfuerzos posteriores, incluidas narrativas diseñadas para adultos mayores de las Guías Nacionales en Canadá que emplean personajes y motivos familiares de las tradiciones narrativas de esa cultura.

Con un número necesario a tratar (NNT) de 3 y una reducción del uso de sedantes del 43% durante 6 meses, la intervención fue muy eficaz.

Además, los análisis de costo-efectividad demostraron menores costos para los pagadores al tiempo que mejoran los años de vida ajustados por calidad para los pacientes, una motivación convincente para los pagadores con potencial para implementar la intervención de manera generalizada.

Los problemas complejos requieren soluciones inteligentes.

A medida que desarrollamos la próxima generación de intervenciones, es correcto centrarse en aquellas que incorporan lo mejor que la ciencia del cambio de comportamiento tiene para ofrecer y en las que la experiencia académica y práctica informan la mejor manera de crear, probar y difundir estas herramientas.

Referencia:

<https://agsjournals-onlinelibrary-wiley-com.hospitalitaliano.idm.oclc.org/doi/10.1111/jgs.17441>

Rastreo de la displasia de cadera en lactantes.

Publicado el 08/08/21

La articulación de la cadera es una articulación esférica que, después del nacimiento y durante la infancia, se examina clínicamente para determinar si está estable, inestable o dislocada (que no están en su cavidad). Cuando las caderas están mal formadas se denomina displasia.

La displasia del desarrollo de la cadera (DDC) no corregida se asocia con morbilidad a largo plazo, como trastornos de la marcha, dolor crónico y artrosis.

Los factores de riesgo de la DDC incluyen antecedentes familiares de un problema similar y bebés que nacieron en posición de nalgas.

Si bien la detección temprana de la DDC puede prevenir la necesidad de un tratamiento tardío (que se asocia con deformidad de la cadera a largo plazo), también conduce a un mayor tratamiento lo que puede dañar la cadera por un deterioro en la irrigación (necrosis avascular).

Objetivo

Determinar el efecto de diferentes programas de rastreo de la DDC sobre la incidencia de presentación tardía de la luxación congénita de cadera.

Métodos de búsqueda

Las búsquedas se realizaron en CENTRAL (The Cochrane Library), MEDLINE y EMBASE (enero de 2011) complementadas con búsquedas en registros de ensayos clínicos, actas de congresos, referencias cruzadas y contacto con informantes expertos.

Criterios de selección

Ensayos aleatorios, cuasialeatorios o grupales que comparen la efectividad de los programas de detección de la DDC.

Recopilación y análisis de datos

Tres revisores independientes evaluaron la elegibilidad y la calidad de los estudios y extrajeron los datos.

Resultados principales

Ningún estudio examinó el efecto del rastreo (clínico y/o ecográfico) y el tratamiento temprano versus no rastreo y tratamiento posterior.

Un estudio informó que la ecografía universal en comparación con el examen clínico no dio como resultado una reducción significativa de la DDC o de la cirugía de diagnóstico tardío pero se asoció con un aumento significativo del tratamiento.

En relación con esto, otro estudio informó que la ecografía dirigida en comparación con el examen clínico no dio como resultado una reducción significativa de la DDC o la cirugía de diagnóstico tardío pero tampoco tuvo diferencias significativas en la tasa de tratamiento.

Un metanálisis de 2 estudios encontró que la ecografía universal en comparación con la ecografía dirigida no encontró una reducción significativa de la DDC o la cirugía de diagnóstico tardío. Hubo heterogeneidad entre los estudios que informaron el efecto sobre la tasa de tratamiento.

Otro metanálisis de 2 estudios encontró que la ecografía tardía y la ferulización dirigida en comparación con la ferulización inmediata de los bebés con caderas inestables (pero no dislocadas) no dieron como resultado una diferencia significativa en la tasa de la DDC diagnosticada tardíamente.

Ambos estudios informaron una reducción significativa en el tratamiento con el uso de ultrasonido retardado y ferulización dirigida.

Otro estudio informó que la ecografía tardía y la ferulización dirigida en comparación con la ferulización inmediata de bebés con displasia de cadera leve en la ecografía no dieron como resultado una diferencia significativa en el diagnóstico tardío de la DDC, pero sí una reducción significativa en el tratamiento. Ningún bebé de ninguno de los grupos recibió cirugía.

Ambos estudios informaron una reducción significativa en el tratamiento con el uso de ultrasonido retardado y ferulización dirigida.

Conclusiones de los autores

No hay pruebas suficientes para ofrecer recomendaciones claras para la práctica.

Existe evidencia inconsistente de que la ecografía universal da como resultado un aumento significativo en el tratamiento en comparación con el uso de la ecografía dirigida o el examen clínico solo.

No se ha demostrado que ninguna de las estrategias de ecografía mejore los resultados clínicos, incluida la DDC de diagnóstico tardío y la cirugía.

Los estudios tienen un poder estadístico sustancialmente insuficiente para detectar diferencias significativas en el evento poco común de la DDC detectada tardíamente o la cirugía.

Para los bebés con caderas inestables o caderas levemente displásicas, el uso de ultrasonido diferido y entablillado dirigido reduce el tratamiento sin aumentar significativamente la tasa de diagnóstico tardío de la DDC o la cirugía.

Esta revisión no encontró estudios que compararan los beneficios y los costos del rastreo temprano versus no cribado para problemas de cadera.

Los estudios que compararon la adición de ultrasonido al examen clínico informaron que cuando se realizó un ultrasonido en todos los bebés la tasa de tratamiento aumentó sin una diferencia significativa en la tasa de displasia o cirugía tardíamente.

Si bien la ecografía dirigida a bebés con alto riesgo de DDC no aumentó significativamente la tasa de tratamiento, tampoco redujo significativamente la tasa de displasia o de cirugía tardíamente.

No es posible dar recomendaciones claras para el rastreo de DDC en recién nacidos a partir de la evidencia disponible.

Referencia

Evid Based Child Health . 2013 Jan;8(1):11-54. doi: 10.1002/ebch.1891. Cochrane Review: Screening programmes for developmental dysplasia of the hip in newborn infants. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23878122>

Rastreo de Cáncer de pulmón.

Publicado el 29/07/21

Según las estadísticas de GLOBOCAN, hubo 18,1 millones de nuevos casos de cáncer y 9,6 millones de muertes relacionadas con el cáncer en todo el mundo en 2018. Entre ellos, el cáncer de pulmón fue el cáncer más comúnmente diagnosticado (11,6%) y la principal causa de muertes relacionadas con el cáncer (18,4%). Solo en China, en 2014, hubo 3.804 millones de nuevos casos de cáncer y 2.296 millones de muertes relacionadas con el cáncer.

El cáncer de pulmón fue el cáncer más comúnmente diagnosticado (20%) en China y la principal causa de muerte relacionada con el cáncer (27,3%).

Los métodos comunes de detección del cáncer de pulmón incluyen la detección por LDCT y las radiografías de tórax.

Actualmente, debido a la baja sensibilidad y especificidad, las guías de detección no recomiendan la radiografía. El rastreo con LDCT ha demostrado ser eficaz para reducir la mortalidad por cáncer de pulmón.

El National Lung Screening Trial (NLST) de EE. UU. demostró que el rastreo con LDCT puede reducir la mortalidad específica del cáncer de pulmón en un 20% con solo tres exámenes anuales.

Posteriormente, el ensayo de rastreo de cáncer de pulmón en Italia indicó que los pacientes con cáncer de pulmón en estadio I tendían a ser diagnosticados con mayor frecuencia a través de cribados anuales de LDCT que la línea base.

Aunque se ha demostrado la eficacia del cribado con LDCT, es necesario seguir explorando la evidencia económica. Los académicos de muchos países han realizado análisis de rentabilidad de las pruebas de detección con LDCT del cáncer de pulmón.

Los resultados sugieren que es rentable realizar el cribado con LDCT en grupos de cáncer de pulmón de alto riesgo (fumadores de más de 20 paquetes/año). Sin embargo, la mayoría de los estudios incluidos en trabajos de investigación anteriores procedían sólo de países desarrollados.

Además, en la actualidad, existen pocos estudios sobre la rentabilidad del cribado del cáncer de pulmón en China.

En este estudio, combinaron datos de dos grandes programas de detección del cáncer de pulmón en China (el Programa Nacional de Detección e Intervención del Cáncer de Pulmón (NLCSIP) y el Programa de Detección del Cáncer en la China Urbana (CanSPUC)), y datos epidemiológicos del cáncer de pulmón, para realizar un análisis de costo-efectividad de la detección anual con LDCT entre poblaciones de alto riesgo en áreas urbanas chinas.

Objetivos

Este estudio analiza evaluar la rentabilidad del rastreo versus el no cribado del cáncer de pulmón con LDCT en poblaciones de alto riesgo, y la edad inicial ideal para comenzar el cribado, desde una perspectiva de rentabilidad.

Diseño

Utilizaron un modelo de simulación (Markov) para evaluar el rastreo con LDCT desde una perspectiva sociológica.

Entorno

Se utilizaron los datos de dos grandes programas de detección del cáncer de pulmón en China.

Participantes

La muestra consistió en 100.000 fumadores que se sometieron a un cribado anual con LDCT hasta los 76 años de edad.

Intervención

El estudio comprende cinco estrategias de rastreo, siendo las edades de cribado inicial tanto en las estrategias de screening como en las estrategias de no screening, correspondientes a 40, 45, 50, 55 y 60 años, respectivamente.

Medidas de resultado primarias y secundarias

Se evaluó la relación costo-efectividad incremental (ICER) entre las estrategias de detección y no detección, a la misma edad inicial.

Resultados

La estrategia de rastreo es obviamente más cara que la correspondiente estrategia de no rastreo debido a pruebas adicionales.

Cuanto antes sea la detección inicial de enfermedad, más costará independientemente de los resultados de salud.

Se observó que la detección del cáncer de pulmón es más cara a la edad de detección inicial de 40 años, con un costo de 194,30 millones de dólares.

La detección a los 60 años tiene el costo más bajo con 113,88 millones de dólares.

Cuanto menor sea la edad de detección inicial en la estrategia de no detección, menos costosa será la detección. Los costos oscilan entre US \$ 2,05 millones en el extremo inferior y US \$ 5,38 millones en el extremo superior para las cinco estrategias de no detección.

En el escenario de línea de base, en comparación con aquellos que no fueron examinados, la mortalidad específica por cáncer de pulmón disminuyó entre un 18,52% y un 23,13% entre los que se sometieron a exámenes de detección.

Los ICER para las estrategias de detección del cáncer de pulmón a las edades de 40, 45, 50, 55 y 60 años son de US \$ 15 736,06; US \$ 14 647,50; US \$ 13 747,41; US \$ 13 056,82; y US \$ 13 473,15, respectivamente. La estrategia de cribado de cáncer de pulmón más rentable, correspondiente al ICER más pequeño, es realizar el cribado a la edad de 55 años. Esto indica que por AVAC ahorrado en la detección del cáncer de pulmón debería costar US \$ 13.056,82 adicionales a la edad inicial de 55 años.

Conclusiones

El análisis de sensibilidad revela que la sensibilidad, la especificidad y la tasa de sobrediagnóstico influyen en la rentabilidad del cribado con LDCT.

Todos los escenarios probados demuestran rentabilidad, excepto la combinación de los peores valores de sensibilidad, especificidad y sobrediagnóstico.

Por lo tanto, la rentabilidad de una estrategia de detección depende de la realización de las pruebas de detección de LDCT.

En resumen, podemos concluir que es probable que las pruebas de detección de LDCT anuales entre los fumadores de alto riesgo en las áreas urbanas de China sean rentables.

Sin embargo, la efectividad depende del desempeño de la estrategia de detección. Entre las cinco estrategias de detección, la detección desde la edad inicial de 55 años es la más rentable.

Resumido de Determining cost-effectiveness of lung cancer screening in urban Chinese populations using a state-transition Markov model

Chengyao Sun, Xin Zhang, Sirou Guo, Yang Liu, Liangru Zhou, Jufang Shi, Ning Wu, Zhao Zhai, <http://orcid.org/0000-0002-4839-4307>Guoxiang Liu

Disponible en <https://bmjopen.bmj.com/content/11/7/e046742>

Referencia:

- Wood DE, Kazerooni EA, Baum SL, et al. Lung cancer screening, version 3.2018, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2018;16:412–41. doi:10.6004/jnccn.2018.0020 PMID: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29632061> Abstract/REE Full Text Google Scholar

- Zhou Q-H, Fan Y-G, Bu H, et al. China National lung cancer screening guideline with low-dose computed tomography (2015 version). *Thorac Cancer* 2015;6:812–8. doi:10.1111/1759-7714.12287 PMID: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26557925> PubMed Google Scholar

- Aberle DR, Adams AM, et al., National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening.

N Engl J Med. 2011;365:395–409. doi:10.1056/NEJMoa1102873 PMID: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21714641> CrossRef PubMed Web of Science Google Scholar

- Lopes Pegna A, Picozzi G, Falaschi F, et al. Four-Year results of low-dose CT screening and nodule management in the ITALUNG trial. *J Thorac Oncol* 2013;8:866–75. doi:10.1097/JTO.0b013e31828f68d6

- Liu CC, Shi JF, Liu GX, et al. [Cost-effectiveness of lung cancer screening worldwide: a systematic review]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2019;40:218–26. doi:10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2019.02.018 PMID: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30744276> PubMed

- Field JK, Duffy SW, Baldwin DR, et al. Uk lung cancer RCT pilot screening trial: baseline findings from the screening arm provide evidence for the potential implementation of lung cancer screening. *Thorax* 2016;71:161–70.doi:10.1136/thoraxjnl-2015-207140Abstract/FREE Full Text
- Kumar V, Cohen JT, van Klaveren D, et al. Risk-Targeted lung cancer screening: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2018;168:161–9.doi:10.7326/M17-1401pmid:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29297005>CrossRefPubMed
- He J, Chen W. China cancer registry annual report (2017) People’s Medical Publishing House; 2018

Rastreo de Cáncer de pulmón. Actualización de la USPSTF .

Publicado el 21/03/21

Las Fuerzas de Tareas Preventivas de Estados Unidos (USPSTF) actualizaron sus recomendaciones sobre la detección del cáncer de pulmón, ampliando la inclusión a fumadores más jóvenes y que fuman menos.

La USPSTF ahora recomienda ofrecer una TAC anual de baja dosis de irradiación a las personas de 50 años o más que tengan antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes/año (1 paquete al día durante 20 años o 2 paquetes al día durante 10).

Población	Recomendación	Grado
Adultos de 50 a 80 años a tabaquistas de 20paquetes/año o que hayan dejado dentro de los 15 años.	Ofrecer TAC de baja dosis de irradiación en forma anual. El rastreo debe no ofrecerse a quienes hayan dejado de fumar por más de 15 años, o desarrollen un problema de salud que limite la expectativa de vida o no tengan disponibilidad de un tratamiento quirúrgico.	B

Las pautas anteriores, que databan del 2013, recomendaban la detección de personas mayores de 55 años con al menos 30 paquetes/años de antecedentes de tabaquismo.

Las nuevas pautas continúan recomendando no evaluar a las personas que dejaron de fumar al menos hace 15 años y a aquellas que no pueden beneficiarse con la detección temprana porque no quieren o no pueden someterse a una resección quirúrgica de un eventual tumor detectado.

A esta altura de los conocimientos y de la expansión de la toma de decisiones compartidas, faltaría aclarar cuántos se benefician y cuántos se perjudican del rastreo y cuántos sobreviven con y sin el rastreo.

Referencia:

<https://bit.ly/3rKeybN>

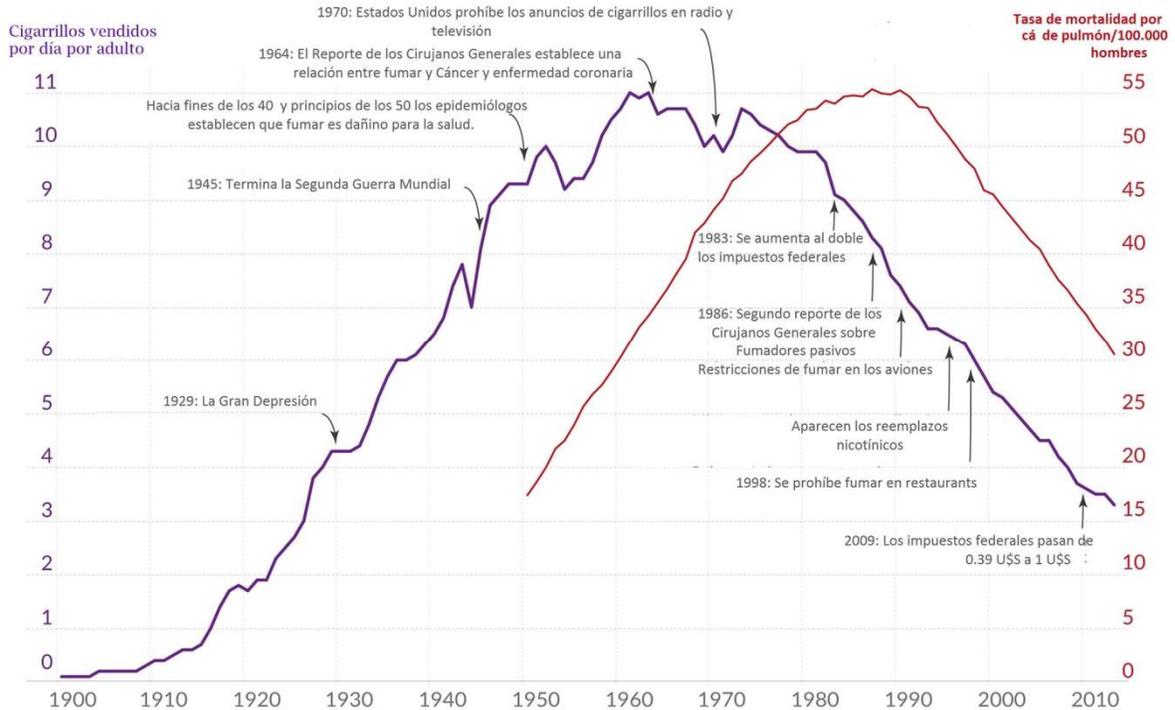
Cáncer de pulmón y venta de cigarrillos

Publicado el 29/07/21

Un interesante gráfico que muestra todas las acciones llevadas a cabo para luchar contra el tabaquismo.

Venta de cigarrillos y Mortalidad por cáncer de pulmón

datos de Estados Unidos



Data sources: International Smoking Statistics (2017); WHO Cancer Mortality Database (IARC). The death rate from lung-cancer is age-standardized. OurWorldinData.org - Research and data to make progress against the world's largest problems. Licensed under CC-BY by the author Max Roser.

¿A quiénes benefician los programas de rastreo?

Publicado el 24/04/21

Me lo contó un panadero: Había preparado toda la mercadería para Pascuas. Roscas, huevos y chocolates.

El día anterior comenzó con fiebre y tos.

Me dijo: "... Yo sabía que tenía COVID, pero no podía dejar de vender..."

Las pruebas han sido una piedra angular en las estrategias poblacionales de la pandemia COVID-19, a menudo, se anuncia que tienen un papel central en el regreso a nuestras vidas prepandémicas.

Como herramienta, las pruebas se pueden utilizar para detectar individuos asintomáticos, diagnosticar infecciones sintomáticas y monitorear las tendencias epidemiológicas en la propagación de enfermedades para informar las medidas de control y orientar las políticas públicas.

En el caso de las enfermedades infecciosas, las pruebas como estrategia de intervención pueden facilitar las conexiones con la prevención, el tratamiento y la atención.

En los programas de salud sexual, las pruebas suelen estar vinculadas a intervenciones que abordan directamente las necesidades de salud de los pacientes y disminuyen los riesgos de transmisión, incluidos los antibióticos curativos, la terapia antirretroviral para el VIH y la disminución de las relaciones sexuales sin preservativo.

Para las infecciones transmitidas por el aire altamente transmisibles, ¿cuál es el impacto de las pruebas si la situación de vida de una persona no da lugar al aislamiento, ya sea por que trabaja por su cuenta sin licencia por enfermedad remunerada o la familia depende de los ingresos para las necesidades básicas o el acceso a la atención médica está condicionado al empleo?

Han pasado más de cuatro décadas desde que Wilson y Jungner publicaron los Principios y Práctica de la Detección de Enfermedades, que destacó la necesidad de vincular a las personas con los tratamientos adecuados como requisito para un programa de pruebas impactante.

Ahí se subrayan las obligaciones éticas de integrar las pruebas con intervenciones que sean efectivas y accesibles para mitigar el impacto de las enfermedades.

Sin dichas intervenciones, los beneficios a nivel individual del diagnóstico o la detección temprana se vuelven inútiles en el mejor de los casos o dañinos en el peor.

El estudio de la sífilis de Tuskegee o los experimentos de Willowbrook destacan casos horribles en los que los médicos y las agencias de salud pública optaron por observar el curso natural de la enfermedad después del diagnóstico, en lugar de proporcionar un tratamiento curativo o implementar las medidas preventivas adecuadas.

Los ecos de estas prácticas cuestionables persisten en las implicancias éticas de realizar pruebas de detección del VIH a los participantes de la investigación sin devolver los resultados y sin facilitar las derivaciones a servicios de prevención o tratamiento adecuados.

Además de vincular las pruebas con un tratamiento eficaz, también es importante asegurarse de que el tratamiento esté disponible y accesible para quienes lo necesiten.

Las tendencias históricas indican que las poblaciones más vulnerables a las enfermedades también enfrentan mayores barreras para acceder al tratamiento.

COVID-19 no es diferente.

Sin embargo, en ausencia de terapias curativas, y asumiendo que las personas están demasiado bien para ser admitidas en el hospital, la intervención primaria que debe realizarse después de las pruebas es apoyar la prevención de la transmisión progresiva, que requiere espacio y tiempo.

No es sorprendente que datos consistentes hayan demostrado desigualdades sociodemográficas y raciales en la capacidad de las personas para cumplir con las pautas de aislamiento o cuarentena.

Estas inequidades no son nuevas. De hecho, reflejan las disparidades raciales, étnicas y socioeconómicas existentes para los riesgos de adquisición de COVID-19, enfermedad grave u hospitalización y muerte.

Lo que impulsa fundamentalmente muchas de estas diferencias se reflejará en los niveles socioeconómicos más bajos, mayores dificultades financieras y acceso diferencial a la atención médica.

No es de extrañar que estos factores converjan de manera similar para afectar la capacidad de una persona para aislarse o ponerse en cuarentena.

Además, pueden tener consecuencias posteriores adicionales: aquellos que no pueden permitirse el lujo de ausentarse del trabajo, o temen ser expulsados de una vivienda compartida, pueden dudar en presentarse para hacerse la prueba, lo que agrava los resultados ya dispares.

Esto se ve agravado por informes de cuarentenas impuestas en algunos lugares a quienes no cumplen con los mandatos de autoaislamiento o cuarentena.

Estas políticas equivalen funcionalmente a castigar a las personas por no tener suficiente espacio en sus hogares o suficiente flexibilidad en sus trabajos para cumplir con los protocolos de salud pública.

Estas desigualdades socioeconómicas no son exclusivas de COVID-19, ya que se han observado de manera constante en los casos en que se estudiaron en pandemias anteriores de origen viral respiratorio.

En otras palabras, podríamos haber anticipado que las desigualdades a lo largo de líneas socioeconómicas jugarían un papel fundamental en impulsar tanto las infecciones como las disparidades durante el COVID-19, y diseñar intervenciones en consecuencia.

Hace más de tres décadas, la Organización Mundial de la Salud publicó un marco para los programas impulsados por la equidad, que enfatizó que los programas tienen el doble objetivo de promover los beneficios para la salud al tiempo que reducen las inequidades en salud.

Por lo tanto usar una lente de equidad para guiar las estrategias del COVID-19 significa que tenemos que abordar las condiciones de vida y de trabajo que aumentan los riesgos para algunas personas y no para otras.

En última instancia, si los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas quieren lograr todo el potencial de las estrategias de prueba, tendrán que implementar intervenciones de nivel estructural que apoyen y faciliten la adherencia de las personas al aislamiento o la cuarentena.

Podemos ver la importancia de estos principios de equidad, y lo que sucede cuando se descuidan, en otros aspectos de nuestra respuesta a la pandemia.

Si bien las vacunas altamente efectivas llegaron mucho más rápido de lo que esperábamos y representan el camino para salir de la pandemia, hasta la fecha, la mayoría de los programas de vacunación se han diseñado mejor para personas con transporte privado y condiciones de trabajo flexibles.

Esto ha resultado en la mayor cobertura de vacunas en las comunidades de menor riesgo.

A medida que comenzamos a aprender de nuestras diversas respuestas a COVID-19, es fundamental que exploremos más allá de cuántas pruebas se completaron y qué negocios se cerraron, y consideremos qué esfuerzos se hicieron para abordar las necesidades específicas de las comunidades marginadas.

Los documentos de orientación que datan de décadas atrás sugirieron la necesidad de vincular las pruebas con las intervenciones y la importancia de una lente de equidad dadas las desigualdades socioeconómicas y el racismo estructural.

En última instancia, una lección perdurable de COVID-19 será que nuestras estrategias no aprovecharon los principios básicos de vigilancia y, como resultado, —ya sea por diseño o por accidente— protegen mejor a las comunidades más ricas. Y en eso, han sido un éxito rotundo.

Referencia:

Artículo publicado en BMJ Blog

https://blogs.bmj.com/bmj/2021/04/16/covid-19-testing-programs-who-benefits/?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_term=hootsuite&utm_content=sme&utm_campaign=usage

El furor de pedir estudios: La RMN.

Publicado el 09/07/21

A veces, cierto furor de pedir estudios, hace que tengamos en cuenta la posibilidad de encontrarnos con cosas que no tienen repercusión clínica pero sí rotulan a los pacientes.

La mayor cantidad de resonancias que pedimos los médicos de atención primaria son musculoesqueléticas y cada año hay mayor cantidad de pedidos.

La evidencia para esta acción es limitada y también los daños potenciales por el uso excesivo de imágenes tempranas.

Métodos

Evaluación de cohortes de datos de diagnóstico y de práctica general recopilados de forma rutinaria en una población metropolitana de atención primaria del Reino Unido.

Se revisaron las características de los pacientes, los resultados y la utilización de la atención médica.

Resultados

De 306 RN solicitadas por 107 médicos en 29 consultorios, solo el 4,9% (IC95% \pm 2,4%) parecía estar claramente indicado y solo el 16,0% (IC 95% \pm 4,1%) recibió la terapia previa adecuada. 37,0% (IC95% \pm 5,5%) documentaron la solicitud de imágenes del paciente.

La mayoría tenía síntomas crónicos y la mitad presentaba síntomas/signos psicosociales.

La salud mental se abordó en solo el 11,8% (IC del 95% \pm 6,3%) de los pacientes crónicos con enfermedades psiquiátricas, lo que sugiere un enfoque exclusivamente anatómico patológico de la atención.

Solo el 7,8% (IC 95% \pm 3,0%) de todos los pacientes fueron tratados de forma adecuada sin derivación adicional.

El 1,3% (IC95% \pm 1,3%) de las exploraciones revelaron diagnósticos que llevaron a un cambio en el tratamiento (rendimiento terapéutico).

La mayoría de los pacientes fotografiados recibieron explicaciones anatómico patológicas de sus síntomas, a menudo basadas en la edad esperada o los cambios relacionados con la actividad.

Solo el 16,7% (IC 95% \pm 4,2%) de los resultados aparecieron interpretados correctamente por los médicos de cabecera, con una percepción excesiva falsa de los objetivos quirúrgicos en el 65,4% (IC 95% \pm 5,3%) que sufrieron un 'valor bajo' (ineficaz, dañino o derrochador), cascadas de derivación posteriores a la resonancia magnética debido a diagnósticos erróneos y sobrediagnósticos.

Normalmente, entre el 20% y el 30% de las derivaciones a especialistas de médicos de cabecera se convierten en un procedimiento, mientras que las derivaciones activadas por resonancia magnética mostraron una tasa de conversión cercana a cero.

Los pacientes con imágenes experimentaron un retraso considerable en la atención adecuada.

Los costos en cascada excedieron los costos directos de la resonancia magnética y la GP-MSK-MRI potencialmente más que duplica el gasto en comparación con los servicios de evaluación dirigidos por fisioterapeutas, para un rendimiento terapéutico adicional mínimo o nulo, injustificable por el análisis de costo-consecuencia o costo-utilidad.

Conclusión

El uso sin restricciones de resonancias ha llegado a una inadmisibilidad y desutilidad inaceptables.

Se produce un daño evitable considerable a través de malas interpretaciones omnipresentes y cascadas de derivaciones de bajo valor sobresalientes para dos tercios de los pacientes que se la realizan, casi sin cambios en el tratamiento.

Cualquier intervención de procedimiento marginalmente anterior para una pequeña fracción de pacientes se ve eclipsada por consecuencias negativas para la gran mayoría.

Solo es necesario realizarle RN a 1 o 2 pacientes para que uno de ellos sufra un mal manejo.

Las imágenes de acceso directo no son clínicamente ni rentables y la deimplementación podría considerarse en este contexto.

La RN musculoesquelética fomenta la utilización innecesaria de la atención médica, lo que genera creencias y expectativas nocivas en el paciente, mientras que la atención adecuada se retrasa y se descuida una gran carga de barreras psicosociales para la recuperación.

Área del cuerpo Hallazgos en la RN

Cuello	Hasta el 87% de las personas asintomáticas pueden tener protrusiones discales, y el 58% de los atletas asintomáticos más jóvenes muestran degeneración de los discos cervicales.
Hombro	<p>El 60% de los adultos mayores asintomáticos muestran bursitis subacromial en la resonancia magnética y alrededor de la mitad tiene desgarros del manguito rotador, mientras que hasta el 72% de los individuos de mediana edad tienen desgarros del labrum superior asintomáticos. En los atletas más jóvenes y asintomáticos, el 65% puede tener desgarros del manguito rotador y el 88% tendinosis del manguito rotador.</p> <p>El 52% de los atletas preadolescentes presentan resonancias magnéticas de hombro "anormales" relacionadas con la actividad asintomática.</p> <p>Con la excepción de los grandes desgarros del manguito rotador, la revisión sistemática sugiere poca o ninguna correlación entre los hallazgos de las imágenes del hombro y los síntomas del hombro.</p>
Lumbar	<p>A los 60 años, el 88% de los adultos asintomáticos tendrá degeneración discal, el 70% mostrará protuberancias del disco, el 50% mostrará degeneración facetaria y el 23% espondilolistesis. La estenosis lumbar se observa en hasta el 20% de los menores de 40 años. La estenosis espinal moderada o grave se observa en hasta el 64% de los de 50 años y el 93% en los de 80.</p> <p>La mayoría son asintomáticos, ya que solo el 17,5% de las personas con estenosis central grave pueden presentar síntomas.</p> <p>En los deportistas adolescentes más jóvenes y asintomáticos, hasta un 85% puede mostrar cambios en la RM que incluyen protuberancias de disco, artropatía facetaria y lesiones de la pars. Incluso el 22% de los niños asintomáticos pueden mostrar degeneración del disco en la resonancia magnética.</p>
Cadera	<p>Los desgarros del labrum se observan en hasta el 69% de los adultos asintomáticos, o incluso el 89% de los atletas asintomáticos 121 y quistes del labrum en el 50% de los bailarines. La displasia acetabular se observa en alrededor del 15% de las personas asintomáticas, con bilateralidad hasta en el 39,5% de los casos.</p> <p>Los defectos del cartílago se pueden observar en el 12% de los individuos asintomáticos.</p>
Rodilla	<p>La mayoría de las personas con desgarros de meniscos no presentan síntomas recientes. Los desgarros meniscales se observan en alrededor de un tercio de los individuos asintomáticos de mediana edad, donde el 97% de las rodillas mostrarán "anomalías" incidentales, incluidos los desgarros en forma de cubo.</p> <p>Por encima de los 40 años, la RM muestra características de osteoartritis hasta en un 43% de los individuos asintomáticos.</p>
Tobillo y pie	<p>Se han observado fracturas tibiales por estrés en el 41% de los corredores asintomáticos. En la RM de tobillo de corredores de maratón amateurs asintomáticos, hasta un 80% puede mostrar cambios en los tendones, un 48% de lesiones en los ligamentos y un 27% de tendinopatía de Aquiles.</p> <p>Hasta el 37% de las personas pueden tener ligamentos talofibulares anteriores "anormales" incidentales.</p> <p>Se pueden observar cambios en el tendón de Aquiles hasta en el 63% de los individuos asintomáticos y cambios en la bursitis retrocalcánea en el 68% de los corredores. El neuroma de Morton está presente en el 26%-33% de los individuos asintomáticos.</p>

Referencia:

(1) <https://bmjopenquality.bmj.com/content/10/3/e00128>

Vacuna contra el meningococo.

Publicado el 30/10/21

La *Neisseria meningitidis* (Nm) es un diplococo gram (-), lábil a temperatura ambiente y exigente en sus condiciones de crecimiento.

Existen 13 serogrupos basados en la composición química y la especificidad inmunológica del polisacárido capsular. (A, B, C, D, X, Y, Z, 29E, W135, H, I, K, L), pero cuatro de ellos (A, B, C y W135) son reconocidos como agentes causales de epidemias.

En Argentina, predominan los serogrupos B y C y en forma esporádica W135 e Y. Además se clasifican en serotipos y subtipos en base a las proteínas de la membrana externa PorB y PorA respectivamente.

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI), causada por *Neisseria meningitidis*, puede conducir a morbilidad y mortalidad significativas, como se ha visto en todo el mundo.

La enfermedad afecta principalmente a niños menores de 5 años. Es potencialmente fatal y siempre debe considerarse como una emergencia infectológica.

Puede ser epidémica, endémica o esporádica.

En Argentina, para la prevención de la enfermedad, contamos con diferentes vacunas.

Las elaboradas contra los serotipos A, C, Y y W-135 (Menectra o Menveo) y fue incorporada en el 2015 en el calendario nacional de vacunas del Ministerio de Salud de la Nación, a practicar en 3 dosis a los 3, 5 y 15 meses; o una única dosis a cumplir a los 11 años de vida.

También se cuenta con vacuna exclusiva contra el serotipo B (Bexsero), pero no está incluida en el calendario estatal.

¿Pero, son efectivas estas vacunas para disminuir la morbimortalidad por la enfermedad? y otra pregunta: ¿la vacunación disminuye la portación bucofaringea del germen?

Esta revisión tuvo como objetivo establecer la efectividad de las vacunas meningocócicas para prevenir la EMI y la portación faríngea de *N. meningitidis*.

Métodos

Se realizó una búsqueda en PubMed, Embase, Scopus y estudios no publicados hasta el 1 de febrero de 2020.

Resultados

Después de eliminar los duplicados, se seleccionaron 8565 estudios y se incluyeron 27 estudios. La protección fue proporcionada por las vacunas meningocócicas C para la EMI del grupo C (razón de

probabilidades [OR], 0.13 [intervalo de confianza del 95% {IC}, .07 – .23]), vacunas de vesículas de membrana externa (OMV) contra la EMI del grupo B (OR, 0,35 [IC del 95%, 0,25 a 0,48]) y vacunas antimeningocócicas A, C, W, Y (MenACWY) contra la EMI del grupo ACWY (OR, 0,31 [IC del 95%, 0,20 a 0,49]).

Un análisis de una sola serie de tiempo encontró una reducción después de un programa infantil de 4CMenB (índice de tasa de incidencia, 0.25 [IC del 95%, .19 – .36]).

Las vacunas multivalentes MenACWY no redujeron el estado de portador (riesgo relativo [RR], 0,88 [IC del 95%, 0,66 a 1,18]), a diferencia de las vacunas monovalentes C (RR, 0,50 [IC del 95%, 0,26 a 0,97]). La vacuna 4CMenB no tuvo ningún efecto sobre el estado de portador del grupo B (RR, 1,12 [IC del 95%, 0,90–1,40]). Tampoco hubo reducción en el estado de portador del grupo B luego de la vacunación con MenB-FHbp (RR, 0).

Conclusiones

Las vacunas meningocócicas conjugadas C, ACWY y OMV son eficaces para reducir la EMI. Un pequeño número de estudios demuestra que las vacunas conjugadas monovalentes C reducen el transporte de *N. meningitidis* faríngeo . No hay evidencia de reducción de portador de las vacunas MenACWY, OMV o MenB recombinante multivalentes, lo que tiene implicaciones para las estrategias de inmunización.

Referencias:

Mark McMillan, Abira Chandrakumar, et al. Effectiveness of Meningococcal Vaccines at Reducing Invasive Meningococcal Disease and Pharyngeal *Neisseria meningitidis* Carriage: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 73, Issue 3, 1 August 2021, Pages e609–e619, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1733>

Parte de la información para este artículo fue obtenida del informe: Meningitis bacterianas y enfermedad meningocócica. Comité Nacional de Infectología Sociedad Argentina de Pediatría. Publicado por la SAP y disponible en <https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/menig06.pdf>

Síndrome de hiperemesis por cannabis en adolescentes.

Publicado el 22/11/21

El síndrome de hiperemesis por cannabis (HC) es una afección que provoca vómitos frecuentes o aislados. Puede suceder en personas que han consumido cannabis (marihuana) con regularidad durante al menos un año. También se lo conoce como "síndrome de hiperemesis cannabinoide". Es un síndrome poco común pero podría estar sucediendo más a medida que los productos de cannabis se legalicen en más lugares. Es más probable que afecte a hombres adolescentes y adultos jóvenes.

El síntoma principal son los episodios intensos y repetidos de vómitos. Una persona puede vomitar de 6 a 8 veces por hora durante un episodio. Estos episodios pueden durar unos días. Luego, el ciclo se repite cada pocas semanas o meses. Además de los vómitos, los síntomas pueden incluir: náuseas, dolor abdominal, fatiga, palidez de piel y diarrea. Y la repetición de vómitos puede provocar distintos cuadros de deshidratación.

El tratamiento principal es dejar de consumir productos de cannabis. Los vómitos generalmente mejoran en uno o dos días después de dejar de hacerlo. Por razones que no se conocen estos pacientes pueden sentirse aliviados también por inmersión en duchas de agua caliente, situación que puede volverse compulsiva para lograr el rescate del síntoma.

Es muy difícil diferenciarlo del síndrome del vómito cíclico (VC), que además, los pacientes con éste problema pueden usar marihuana para detener las náuseas.

Entonces los expertos vienen proponiendo un cese definitivo del consumo de marihuana para calmar la hiperemesis, que se considera exitoso cuando el paciente no vomita por más de 6 meses de haber suspendido el consumo; o un período superior a tres ciclos de VC. Aquellos pacientes que no experimentan una resolución a largo plazo de los síntomas después de una abstinencia prolongada del cannabis deben ser diagnosticados con VC en lugar de HC.

Ciertamente, si los episodios eméticos persisten a pesar de la abstinencia del cannabis, se deben realizar más estudios de CVS y probar el tratamiento correspondiente. Entonces los pacientes con VC se someterán a innumerable cantidad de estudios y tratamientos para mitigar el cuadro.

Para poder encontrar una asociación entre el consumo de cannabis y la HC, y diferenciarlos del VC, un grupo decidió practicar un estudio retrospectivo con adolescentes que se presentaban por vómitos agudos o crónicos al servicio de gastroenterología. Posteriormente se los interrogaba en general y sobre consumo de cannabis, y se medían la presencia de tetrahidro-cannabinoides en la orina (cuyo punto de corte es >3 ng/ml).

La población consistía en 15 pacientes de 17 años como mediana de edad, que consultaron por vómitos intratables, y tenían concentraciones elevadas de metabolitos de cannabis en orina. Los datos se extrajeron a través de la revisión de la historia clínica y se analizaron mediante una aplicación estadística en línea.

Todos los pacientes informaron consumo de marihuana frecuente durante al menos un mes, y vómitos intratables durante al menos dos semanas. El 80% tuvo pérdida de peso. Dos pacientes tenían una enfermedad gastrointestinal subyacente (enfermedad de Crohn y síndrome de intestino irritable). El resto de los pacientes tenían tubo digestivo normal, evaluado con pruebas de laboratorio, estudios de imágenes y endoscopias. El 94% tenían concentraciones urinarias de THC-COOH >100 ng/mL, de los cuales el 50% de los individuos presentaban niveles > 500 ng/mL. La mayoría habían consumido cannabis en los 2 días siguientes a la entrega de la muestra de orina. La prueba para HC con niveles urinarios de THC-COOH superiores a 100 ng/mL fue significativa con un valor p de <0,0005.

Los autores concluyen que la HC se asocia con un nivel >100 ng/ml de THC-COOH en orina, y es indicativo de una exposición crónica significativa al cannabis. Este hallazgo podría servir para guiar las intervenciones diagnósticas de estos pacientes y disminuir el número de estudios a solicitar.

Referencias:

- Sorensen CJ, DeSanto K, Borgelt L, et al. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment-a Systematic Review. *J Med Toxicol* 2017; 13:71.
- Lapoint J, Meyer S, Yu CK, et al. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Public Health Implications and a Novel Model Treatment Guideline. *West J Emerg Med* 2018; 19:380.
- Venkatesan T, Levinthal DJ, Li BUK, et al. Role of chronic cannabis use: Cyclic vomiting syndrome vs cannabinoid hyperemesis syndrome. *Neurogastroenterol Motil* 2019; 31 Suppl 2:e13606.
- Cordova J, Biank V, Black E, Leikin J. Urinary Cannabis Metabolite Concentrations in Cannabis Hyperemesis Syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021 Oct 1;73(4):520-522

Efectividad de la miel en el catarro en niños.

Publicado el 11/11/21

El resfrío es la causa de consulta de enfermedad infecciosa más frecuente entre los niños, sobre todo en los preescolares, debido a la alta contagiosidad, y a que en esta población los síntomas pueden ser más intensos, y/o menos tolerados por sus cuidadores que llegan a vivirlo con mucha preocupación.

Si bien no hay evidencia para ningún tratamiento efectivo para esta enfermedad viral y autolimitada, es común que se prescriban antibióticos, antihistamínicos, corticoides orales o nasales, mucolíticos, antitusivos, broncodilatadores, nebulizaciones y vapores, vitamina C, vitamina D, zinc, homeopatía; y para ninguno de todos estos hay evidencia de que sean mejores que el placebo para disminuir la enfermedad.

Además cualquiera de estas indicaciones mencionadas pueden venir acompañadas de exclusión escolar transitoria mientras haya enfermedad, ahora además hisopado para COVID-19, medidas higiénicas personales como el lavado de manos; así como desinfectantes ambientales, uso de probióticos, etc.

Cuando pasan los días de enfermedad, con el niño tosiendo o moqueando sin parar, profesionales y cuidadores dejan de lado la evidencia y deciden practicar la recomendación de diferentes medidas para aliviar la situación. En el inconsciente colectivo la irritación de las vías respiratorias que contribuye a la tos se alivia con hidratación oral, líquidos tibios (té, mate cocido y sopa), y miel (en niños mayores de un año) , o caramelos duros (en niños en los que no son riesgo de aspiración) en lugar de antitusivos, antihistamínicos, expectorantes o mucolíticos de venta libre o recetados. Los líquidos, la miel , las pastillas para la tos y los caramelos duros son económicos y es poco probable que sean perjudiciales. ¿Pero son efectivos?

La miel es un remedio conocido para esta situación y tiene una base de evidencia emergente para su uso. Se le conocen propiedades antimicrobianas y muchas guías recomiendan la miel para la tos aguda en los niños.

En un ensayo aleatorizado, se asignó a 300 niños (de uno a cinco años de edad) con infección de las vías respiratorias superiores y tos nocturna para recibir una dosis única (10 g) de miel (eucalipto, cítricos o labiatae) o placebo antes de acostarse; los cuidadores completaron una encuesta de síntomas los días antes y después de la intervención; 270 niños completaron el estudio. Los síntomas mejoraron en todos los niños después de la intervención.

Sin embargo, los niños que recibieron miel tuvieron una mejoría media mayor en la frecuencia de la tos (1,77 a 1,85 frente a 1,00 puntos), gravedad (1,78 a 1,94 frente a 0,99 puntos) y molestias (2,00 a 2,16 frente a 1,25 puntos) que los que recibieron placebo. Los efectos adversos (dolor abdominal, náuseas, vómitos) ocurrieron en cinco pacientes, distribuidos aproximadamente de manera uniforme entre cada uno de los grupos de miel y placebo.

Los hallazgos de este ensayo se confirmaron en una revisión sistemática y un metanálisis de ensayos aleatorizados de 2018 (diferencia media en la frecuencia de la tos -1,62; IC del 95%: -3,02 a -0,22). La miel también redujo la frecuencia de la tos en comparación con ningún tratamiento y la difenhidramina , pero no en comparación con el dextrometorfano.

Dada la relativa seguridad y el bajo costo de la miel, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) la sugieren como un tratamiento potencial para las infecciones catarrales de la vía aérea superior en niños pequeños mayores de un año. El American College of Chest Physicians sugiere que la miel es más eficaz que el placebo para la tos debida al resfriado común. Por este motivo se organizó el siguiente trabajo para aclarar la pregunta original.

Objetivos

Evaluar la eficacia de la miel para el alivio sintomático de las infecciones respiratorias.

Métodos

Una revisión sistemática y un metanálisis. Se realizaron búsquedas en Pubmed, Embase, Web of Science, AMED, Cab abstracts, Cochrane Library, LILACS y CINAHL con una combinación de palabras clave y términos MeSH.

Resultados

Identificaron 1345 registros únicos y se incluyeron 14 estudios. El riesgo general de sesgo fue moderado. En comparación con la atención habitual, la miel mejoró la puntuación combinada de los síntomas (tres estudios, diferencia de medias $-3,96$; IC del 95%: $-5,42$ a $-2,51$; $I^2 = 0\%$), frecuencia de la tos (ocho estudios, diferencia de medias estandarizada (DME) $-0,36$; IC del 95%: $-0,50$ a $-0,21$; $I^2 = 0\%$) y gravedad de la tos (cinco estudios, DME $-0,44$; IC del 95%: $-0,64$ a $-0,25$; $I^2 = 20\%$). Se combinaron dos estudios que compararon la miel con placebo para aliviar los síntomas combinados (DME $-0,63$; IC del 95%: $-1,44$ a $0,18$; $I^2 = 91\%$).

Conclusiones

La miel fue superior a la atención habitual para la mejora de los síntomas de las infecciones del tracto respiratorio superior. Proporciona una alternativa barata y ampliamente disponible a los antibióticos. La miel podría contribuir a los esfuerzos para frenar la propagación de la resistencia a los antimicrobianos, pero se necesitan más ensayos controlados con placebo de alta calidad.

Referencias:

- Hibatullah Abuelgasim, Charlotte Albury, Joseph Lee. Effectiveness of honey for symptomatic relief in upper respiratory tract infections: a systematic review and meta-analysis. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2020-111336>

- Organización Mundial de la Salud. Remedios para la tos y el resfriado para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas en niños pequeños, 2001. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66856>

-Academia Americana de Pediatría. Tos y resfriados: ¿medicamentos o remedios caseros? <http://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/ear-nose-throat/pages/Coughs-and-Colds-Medicines-or-Home-Remedies.aspx>

- Cohen HA, Rozen J, Kristal H y col. Efecto de la miel sobre la tos nocturna y la calidad del sueño: un estudio doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo. *Pediatrics* 2012; 130: 465

- Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM. Miel para la tos aguda en niños. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 4: CD007094.

Epidemiología del síndrome multisistémico.

Publicado el 21/10/21

La enfermedad por COVID-19 en niños, y la afección en adultos continúan sin cesar en todo el mundo hasta bien entrado el 2021, 1 pero por qué los niños han escapado de la enfermedad grave de este virus 2 sigue siendo una de las lagunas más intrigantes en nuestra comprensión de la respuesta inmune al germen.

De igual importancia, ¿qué conocimientos se pueden obtener del porqué algunos niños se enferman críticamente por COVID-19 con el síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C) descrito más recientemente?

El entendimiento de los mecanismos inmunológicos clave que impulsan estos resultados, probablemente surgirán inicialmente de estudios epidemiológicos meticulosos que describen a los pocos niños que se enferman gravemente a causa de esta enfermedad.

Este estudio transversal de niños con MIS-C, que incluye **un total de 1733 casos** en los Estados Unidos, es el estudio más grande hasta la fecha que describe los hallazgos clínicos y las tendencias temporales. 3

El diseño de un estudio de este tipo no está exento de desafíos. En particular, **los niños con COVID-19 y MIS-C graves no suelen tener síntomas superpuestos.**

Dado que el objetivo de este estudio fue exclusivamente la epidemiología de MIS-C, los investigadores excluyeron específicamente de la inscripción a cualquier niño con síntomas exclusivamente respiratorios, síntomas respiratorios y erupción cutánea con positividad para la reacción en cadena de la polimerasa del SARS-CoV-2 o pruebas serológicas negativas para el SARS-CoV-2.

Si bien el diseño de este estudio tenía la intención de mejorar la precisión de la definición de MIS-C, una investigación convincente ha informado la superposición de algunas características entre los niños con COVID-19 y MIS-C, más notablemente la serología SARS-CoV-2 positiva en ambas cohortes. 4

También debe tenerse en cuenta que **ni el CDC o la OMS requieren serología positiva del SARS-CoV-2 para definir al MIS-C; solo requieren evidencia de una infección previa**, que incluiría el contacto con un individuo que se sepa que es positivo para el SARS-CoV-2. 5, 6 Como afirmación de estas preocupaciones sobre el diseño del estudio, un estudio publicado recientemente en *JAMA* encontró que la enfermedad respiratoria por sí sola no resultó ser una característica distintiva entre el COVID-19 agudo severo y el MIS-C. 7

Diseño, entorno y participantes.

Se realizó un análisis transversal de datos clínicos y de laboratorio recopilados de pacientes con MIS-C. El análisis incluyó pacientes con inicio de la enfermedad desde marzo de 2020 hasta enero de 2021 y cumplió con la definición de caso de MIS-C.

Principales resultados y medidas.

La distribución geográfica y temporal de MIS-C se comparó con la de COVID-19 a nivel nacional, por región y nivel de urbanidad por condado. Los hallazgos clínicos y de laboratorio y los cambios a lo largo del tiempo se describieron por grupo de edad y por presencia o ausencia de COVID-19 anterior.

Resultados.

Se identificaron un total de 1733 pacientes con MIS-C; 994 (57,6%) eran hombres y 1117 (71,3%) eran hispanos o negros no hispanos. 53% (n = 931) a 67% (n = 1153) de los pacientes informaron síntomas gastrointestinales, erupción e hiperemia conjuntival. Un total de 937 pacientes (54%) presentaron hipotensión o shock, y 1.009 (58,2%) ingresaron en cuidados intensivos.

Se informó disfunción cardíaca en 484 pacientes (31,0%), derrame pericárdico en 365 (23,4%), miocarditis en 300 (17,3%) y dilatación de arterias coronarias o aneurismas en 258 (16,5%).

Los pacientes de 0 a 4 años presentaron la menor proporción de manifestaciones graves, aunque 171 pacientes (38,4%) presentaron hipotensión o shock y 197 (44,3%) ingresaron en cuidados intensivos.

Los pacientes de 18 a 20 años tenían las proporciones más altas de miocarditis (17 [30,9%]), neumonía (20 [36,4%]), síndrome de dificultad respiratoria aguda (10 [18,2%]) y reacción en cadena de la polimerasa positiva (39 [70,9%]).

Estos adolescentes mayores también tenían la proporción más alta que reportó una enfermedad similar a COVID-19 (63%). A nivel nacional, los primeros 2 picos de MIS-C siguieron a los picos de COVID-19 de 2 a 5 semanas.

La incidencia acumulada de MIS-C por 100 000 personas menores de 21 años fue de 2,1 y varió de 0,2 a 6,3 por estado. Murieron veinticuatro pacientes (1,4%).

Conclusiones y relevancia

En este estudio transversal de una gran cohorte de pacientes con MIS-C, se identificaron 2 picos que siguieron a los picos de COVID-19 entre 2 y 5 semanas. La asociación geográfica y temporal de MIS-C con la pandemia de COVID-19 sugirió que MIS-C resultó de respuestas inmunológicas retardadas a la infección por SARS-CoV-2. Las manifestaciones clínicas variaron según la edad y la

presencia o ausencia de COVID-19 anterior.

El estudio mejora nuestra comprensión del MIS-C de 3 formas importantes.

En primer lugar, proporciona más precisión sobre la variedad de síntomas y resultados que se presentan, incluida la enfermedad cardiovascular.

En particular, tanto los médicos como los investigadores ahora tienen una mayor comprensión de la presentación de los síntomas de MIS-C por edad.

Como se informó aquí, Belay et al ³ encontraron que **los niños más pequeños se presentan con mayor frecuencia con hallazgos conjuntivales, erupción cutánea y dolor abdominal, mientras que los adolescentes se presentan con mayor frecuencia con dolor en el pecho, dificultad para respirar y tos. En este estudio, la disfunción cardíaca y el diagnóstico de miocarditis fueron significativamente más probables en adolescentes. En particular, este estudio de MIS-C no encontró diferencias significativas en la edad de los niños con dilatación de las arterias coronarias.**

La dilatación de la arteria coronaria se encontró en el 18,3% de los niños de 0 a 4 años y el 14,6% de los niños de 18 a 20 años.

En segundo lugar, este estudio define las características de MIS-C por la sintomatología anterior de COVID-19. En el grupo de pacientes más jóvenes, entre el 16% y el 18% de los pacientes tenían síntomas anteriores de COVID-19, y en el grupo de mayor edad, entre el 44% y el 63% informaron síntomas anteriores compatibles con COVID-19 agudo. Esto sigue las tendencias de COVID-19 asintomático en pacientes más jóvenes, pero agrega que la incidencia de MIS-C por 100 000 en el grupo de pacientes de 0 a 4 años fue de 2,3 mientras que en el grupo de 18 a 20 años pacientes fue de sólo 0,4.

Los pediatras deben tener en cuenta que **los niños que no han mostrado ninguna evidencia de haber tenido COVID-19 tienen un mayor riesgo de MIS-C**, a pesar de ser relativamente poco frecuentes en una escala de población.

Sin embargo, los médicos pueden sentirse tranquilos con los hallazgos de que los pacientes más jóvenes tuvieron menos complicaciones cardiovasculares e ingresos a la unidad de cuidados intensivos.

En la Tabla 2 se ofreció una descripción adicional comparando a los pacientes que tenían COVID-19 sintomático previo con los que no lo tenían.³

En tercer lugar, la literatura acumulada proporciona una mayor validación de la hipótesis predominante de que **MIS-C es un trastorno mediado postinfeccioso**, dada la distribución temporal y geográfica de MIS-C con COVID-19 que se informa aquí. Además, según el protocolo del estudio, se eligió la fecha del 1 de julio de 2020 para definir los casos tempranos de MIS-C frente a los casos posteriores de MIS-C.

Belay et al ³ encontraron que los niños diagnosticados con MIS-C antes del 1 de julio de 2020, tenían significativamente más disfunción cardíaca, miocarditis y péptido natriurético más elevado con valores de linfocitos disminuidos.

Si estos hallazgos están asociados con cambios temporales por el virus, reflejan un sesgo de determinación de un síndrome nuevo y ampliamente informado, o ambos, y requerirá una mayor investigación.

En el futuro, la comunidad pediátrica ahora tiene una comprensión más refinada de la presentación de las diferencias sutiles entre un niño que presenta COVID-19 o MIS-C.

De manera más prominente en la diferenciación entre estos 2 procesos de enfermedad, la falta de síntomas previos de COVID-19, especialmente en el grupo de edad más joven, no debería tranquilizar a los médicos pediátricos de que este niño está libre de riesgo de posibles manifestaciones cardíacas de MIS-C.

Si la totalidad de la población pediátrica mundial está en riesgo de contraer COVID-19 y la vacunación se retrasará en la población pediátrica en comparación con los adultos, este resultado potencialmente grave debe permanecer a la vanguardia del diagnóstico diferencial para los pediatras de todo el mundo en espera de más investigaciones de resultados.⁷

Los efectos a largo plazo sobre la disfunción ventricular en estos niños siguen siendo desconocidos y, por lo tanto, ahora es un foco importante de investigación.

Sigue habiendo lagunas esenciales en nuestra comprensión de MIS-C y el efecto general de COVID-19 en los niños.

Dada la imprecisión de la definición de caso, se necesitan pruebas de diagnóstico más sensibles y específicas para distinguir con mayor precisión a los niños con MIS-C de COVID-19. Además, se necesitan más investigaciones para evaluar las terapias más efectivas y eficientes para tratar presentaciones graves y potencialmente mortales y secuelas a largo plazo de MIS-C.

Las investigaciones de seguimiento a largo plazo de los niños con MIS-C y COVID-19 están en marcha y son esenciales, ya que la única constante en esta pandemia han sido los desafíos imprevistos que ha presentado.

Por último, si bien la mayoría de los niños en todo el mundo se han librado de los estragos de esta enfermedad que amenazan sus vidas, es igualmente cierto que han estado expuestos a desafíos sin precedentes para su bienestar y su futuro.

Resumido de Jennifer A. Blumenthal, Epidemiology of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children. A Step Closer to Understanding Who, Where, and When. *JAMA Pediatr.* 2021; 175 (8): 783-785. doi: 10.1001 / jamapediatrics.2021.0638

Referencias:

1. Johns Hopkins University of Medicine Coronavirus Resource Center. COVID-19 dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Accessed February 28, 2021. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
2. Leidman E, Duca LM, Omura JD, Proia K, Stephens JW, Sauber-Schatz EK. COVID-19 trends among persons aged 0-24 years: United States, March 1-December 12, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(3):88-94. doi:[10.15585/mmwr.mm7003e1](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7003e1)[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)
3. Belay ED, Abrams J, Oster ME, et al. Trends in geographic and temporal distribution of US children with multisystem inflammatory syndrome during the COVID-19 pandemic. *JAMA Pediatr.* Published online April 6, 2021. doi:[10.1001/jamapediatrics.2021.0630](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.0630)
4. Rostad CA, Chahroudi A, Mantus G, et al. Quantitative SARS-CoV-2 serology in children with multisystem inflammatory syndrome (MIS-C). *Pediatrics.* 2020;146(6):e2020018242. doi:[10.1542/peds.2020-018242](https://doi.org/10.1542/peds.2020-018242)[Google Scholar](#)
5. Centers for Disease Control and Prevention. Information for healthcare providers about multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C). Accessed February 28, 2021. <https://www.cdc.gov/mis-c/hcp/>
6. World Health Organization. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19. Accessed February 28, 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19>
7. Feldstein LR, Tenforde MW, Friedman KG, et al; Overcoming COVID-19 Investigators. Characteristics and outcomes of us children and adolescents with multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) compared with severe acute COVID-19. *JAMA.* 2021;325(11):1074-1087. doi:[10.1001/jama.2021.2091](https://doi.org/10.1001/jama.2021.2091)

Conmoción cerebral y el tiempo frente a las pantallas.

Publicado el 08/10/21

La conmoción cerebral ocurre con un traumatismo craneoencefálico leve (se define leve con una puntuación de la escala de coma de Glasgow de 14 a 15), medida aproximadamente 30 minutos después del evento; en la presentación inicial de la conmoción cerebral puede observarse pérdida del conocimiento que dura <30 minutos, amnesia postraumática que dura <24 horas u otras anomalías neurológicas pero que son transitorias (p. ej., convulsiones o signos focales) y con recuperación ad integrum.

El término "conmoción cerebral" se utiliza a menudo en la literatura médica como sinónimo de injuria cerebral leve, pero describe más específicamente un estado fisiopatológico que da como resultado los síntomas y signos característicos que los individuos pueden experimentar después de un TCE leve.

La declaración de consenso del Grupo de Conmoción Cerebral en el Deporte de 2017 proporciona componentes adicionales que se utilizan para definir clínicamente la conmoción cerebral de la siguiente manera:

- La conmoción cerebral puede ser causada por un golpe directo en la cabeza, la cara, el cuello o en cualquier otra parte del cuerpo con una fuerza "impulsiva" transmitida a la cabeza.
- Típicamente da como resultado el inicio rápido de un deterioro de corta duración de la función neurológica que se resuelve de manera espontánea. Sin embargo, en algunos casos, los signos y síntomas pueden evolucionar durante varios minutos u horas.
- Puede producir cambios neuropatológicos, pero los signos y síntomas clínicos agudos reflejan en gran medida una alteración funcional más que una lesión estructural y, como tal, no se observa ninguna anomalía en los estudios de neuroimagen estructural estándar.
- Da como resultado una variedad de signos y síntomas clínicos que pueden o no implicar la pérdida del conocimiento. La resolución de las características clínicas y cognitivas suele seguir un curso secuencial. Sin embargo, en algunos casos, los síntomas pueden prolongarse.

Si se diagnostica una conmoción cerebral, el atleta **no** debe volver a jugar hasta que sea evidente una recuperación completa.

Deben evitar cualquier actividad recreativa que pueda resultar en una segunda lesión en la cabeza (por ejemplo, andar en bicicleta, andar en patineta, patinar sobre hielo o esquiar) hasta que estén autorizados para la competencia.

Algunos niños sintomáticos empeoran los síntomas por actividades como la lectura, los videojuegos o el tiempo frente a la pantalla.

Entonces deben minimizar la actividad cognitiva que los hace sentir peor, hasta e incluyendo la ausencia de la escuela, aunque esta recomendación no cuenta con el mejor grado de evidencia.

Por este motivo, el siguiente grupo de estudio se planteó estudiar esta recomendación y desarrollaron el siguiente protocolo.

Objetivo:

Determinar si el tiempo frente a una pantalla en las primeras 48 horas después de la conmoción cerebral tiene un efecto sobre la duración de los síntomas de la conmoción cerebral.

Diseño, entorno y participantes:

Este ensayo clínico aleatorizado se llevó a cabo en los departamentos de emergencias de pediatría y adultos de un centro médico terciario entre junio de 2018 y febrero de 2020.

Los participantes incluyeron una muestra de conveniencia de pacientes de 12 a 25 años que acudieron al departamento de emergencias en 24 horas después de sufrir una conmoción cerebral.

Se abordó a un total de 162 pacientes, 22 pacientes cumplieron los criterios de exclusión y 15 pacientes rechazaron la participación; se inscribieron y asignaron al azar 125 participantes.

Intervenciones:

A los pacientes se les permitió pasar tiempo frente a la pantalla (grupo con tiempo frente a la pantalla permitido) o se les pidió que se abstuvieran del tiempo frente a la pantalla (grupo de abstinencia frente a la pantalla) durante 48 horas después de la lesión.

Resultados y medidas principales:

El resultado primario fue los días hasta la resolución de los síntomas, definido como una puntuación total de la Escala de síntomas post conmoción cerebral (PCSS) de 3 puntos o menos. Los pacientes completaron el PCSS, una escala de 22 síntomas que califica cada síntoma de 0 (no presente) a 6 (grave), cada día durante 10 días.

Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier y modelos de regresión de Cox para comparar los 2 grupos. También se realizó una prueba de suma de rangos de Wilcoxon entre los participantes que completaron el PCSS todos los días hasta la recuperación o la conclusión del período de estudio.

Resultados:

Entre 125 pacientes con conmoción cerebral, la edad media (DE) fue de 17,0 (3,4) años; 64 participantes (51,2%) eran hombres. Un total de 66 pacientes fueron asignados al azar al grupo de tiempo de pantalla permitido, y 59 pacientes fueron asignados al azar al grupo de abstinencia de tiempo de pantalla.

El modelo de regresión de Cox que incluye el grupo de intervención y el sexo autoidentificado del paciente demostró un efecto significativo del tiempo frente a la pantalla (índice de riesgo [HR], 0.51; IC del 95%, 0.29-0.90), lo que indica que los participantes que participaron en el tiempo frente a la pantalla fueron menos probable que se recuperen durante el período de estudio.

En total, se incluyeron 91 pacientes en la prueba de suma de rangos de Wilcoxon (47 pacientes del grupo de tiempo de pantalla permitido y 44 pacientes del grupo de abstinencia de tiempo de pantalla).

El grupo de tiempo de pantalla permitido tuvo una mediana de tiempo de recuperación significativamente mayor de 8.0 días (rango intercuartílico [IQR], 3,0 a 10,0 días) en comparación con 3,5 días (IQR, 2,0 a 10,0 días; $p = 0,03$) en el grupo de abstinencia de tiempo frente a la pantalla.

El grupo de tiempo de pantalla permitido informó una mediana de tiempo de pantalla de 630 minutos (IQR, 415-995 minutos) durante el período de intervención en comparación con 130 minutos (IQR, 61-275 minutos) en el grupo de abstinencia de tiempo de pantalla.

Conclusiones y relevancia:

Los hallazgos de este estudio indicaron que evitar el tiempo frente a una pantalla durante la recuperación de una conmoción cerebral aguda puede acortar la duración de los síntomas. Un estudio multicéntrico ayudaría a evaluar más el efecto de la exposición al tiempo de pantalla.

Más allá de este trabajo, hoy en día, en la recuperación de un niño con conmoción cerebral se recomienda evaluar minuciosamente la presencia de síntomas, y se practica una exposición a las actividades cognitivas y exposición a dispositivos electrónicos de forma progresiva, de acuerdo a la presencia de síntomas y su tolerancia.

Los pacientes pueden regresar a la escuela tan pronto como puedan tolerar de 30 a 45 minutos de concentración, generalmente requieren de uno a dos días de descanso razonable antes de regresar a la escuela. La exposición a los videojuegos, la música alta, el tiempo prolongado frente a la pantalla o las actividades mentales que requieren altos niveles de concentración y concentración pueden inducir síntomas y deben reducirse durante unos días después de la lesión.

Referencia:

Disponible en <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2783638>
Theodore Macnow, Tess Curran et al. Effect of Screen Time on Recovery From Concussion: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. Published online September 7, 2021.
doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2782

El juego de la asfixia.

Publicado el 07/10/21

Las lesiones accidentales son la principal causa de muerte en niños, adolescentes y adultos jóvenes en los Estados Unidos, y a menudo son el resultado de conductas de riesgo, como el consumo de alcohol o drogas.

La hipoxia autoinducida es otro comportamiento de riesgo entre los niños y adolescentes que puede tener un desenlace fatal.

El "juego de la asfixia" se refiere a la auto-estrangulación o estrangulamiento por otra persona con las manos o una ligadura para producir un estado eufórico causado por la hipoxia cerebral. La retención de la respiración y / o la compresión del abdomen o el tórax es otra forma de practicarlo.

En todos los casos la intención es liberar la presión justo antes de perder el conocimiento; no hacerlo puede resultar en la muerte, particularmente cuando la actividad se realiza sola o con ligaduras.

También es conocido con otros nombres: El sueño americano, planeamiento aéreo, agujero negro, juego de apagón, juego de respiración, estrangulamiento de California, alto de California, estrangulamiento, nube nueve, juego de sueños, juego de desmayos, cinco minutos del cielo, línea plana, pollo funky, juego de jadeo, fantasma, juego de knock-out, alto natural, juego de desmayo, dragón púrpura, sol naciente, prisa, el juego de la bufanda, sujeción del durmiente, juego de algo soñando, vaquero espacial, mono espacial, sueños de velocidad, ruleta de asfixia y el juego del hormigueo.

Esta práctica es parecida a la asfixia autoerótica durante la actividad sexual con el fin de aumentar el placer.

Este juego se ha observado en niños y adolescentes de todo el mundo, y si bien está descrito en la literatura médica por primera vez en el año 2000, hay información de que la práctica es muchísimo más antigua. Además, la práctica solo sale a la luz cuando hay complicaciones. Y en los certificados de defunción es difícil distinguirlo de otras condiciones similares como el suicidio o asesinatos. Y por este motivo es muy difícil determinar la incidencia real.

En una revisión sistemática de 2015 de 17 estudios transversales, la prevalencia (predominantemente de 12 a 17 años de edad) fue del 7,4%. La prevalencia varió geográficamente, oscilando entre el 6 y el 16% en Francia, entre el 5 y el 7% en Canadá y entre el 4 y el 17% en los Estados Unidos.

Los encuestados indicaron que participaron por primera vez entre las edades de 8 y 15 años.

Entre el 11 y el 23% de los que participaron lo hicieron sin la presencia de otros. La participación solitaria en actividades de estrangulamiento se ha asociado con tasas más altas de suicidio y mala salud mental.

En la actualidad el reporte es mucho mayor, pero no se sabe si aumentó la prevalencia, o los niños lo divulgan más en sus redes sociales.

Si bien no se sabe si hay causas predisponentes, entre quienes lo practican suele haber otras situaciones de riesgo como consumo de drogas legales o ilegales, alimentación deficiente, o problemas de salud mental; pero todas estas situaciones no son raras en la adolescencia.

Aspectos clínicos:

Los niños y adolescentes que participan no suelen acudir a la atención médica a menos que hayan sufrido una complicación, la más grave de las cuales son lesiones neurológicas (coma, convulsiones, accidente cerebrovascular, daño cerebral) y muerte. El riesgo de muerte y lesión neurológica aumenta cuando la actividad de estrangulación se realiza sola y cuando se utilizan ligaduras.

Las quejas de presentación de los niños con episodios menos graves cuyos hallazgos en última instancia se atribuyen a la hipoxia autoinducida pueden incluir:

Episodios confusionales recurrentes o eventos similares a convulsiones.

Síncope o síncope recurrente, posiblemente asociado con traumatismo craneoencefálico u otras lesiones.

Episodios paroxísticos de alteración de la conciencia. Y cambios agudos de la visión o pérdida visual, como resultado de la retinopatía de Valsalva (retinopatía hemorrágica relacionada con un aumento repentino de la presión intratorácica), caracterizada por hemorragia intrarretiniana y subretiniana sobre la mácula.

Los rasgos para sospechar la práctica de este juego deben ser:

Mención del "juego de asfixia" (con este u otros nombres).

- Curiosidad por la asfixia.
- Moretones inexplicables o marcas rojas en el cuello.
- Usar camisas de cuello alto, incluso en climas cálidos.
- Ojos inyectados en sangre o moretones puntiagudos alrededor de los ojos.
- Petequias en la cara, especialmente los párpados o la conjuntiva.
- Dolores de cabeza intensos y frecuentes
- Desorientación después de pasar tiempo solo.
- Necesidad inusual de privacidad.
- Irritabilidad u hostilidad aumentada e inusual.

- La inexplicable presencia de correas para perros, collares de estrangulamiento, cuerdas elásticas, etc.
- Cuerdas, bufandas y cinturones atados a muebles de dormitorio o picaportes, o que se encuentren anudados en el piso o en lugares inusuales.
- Marcas de desgaste en los postes de la cama y las varillas de los armarios.
- Historial de Internet de sitios web o salas de chat que mencionen asfixia o el "juego de asfixia".

En la sospecha es fundamental realizar una historia cuidadosa.

Puede ser necesario entrevistar a familiares y amigos.

La monitorización con videoelectroencefalograma (EEG) fue útil en un caso en el que el paciente presentó episodios recurrentes similares a convulsiones.

Durante el seguimiento, se observó que el paciente contenía la respiración y usaba las manos para comprimir las arterias carótidas.

En cinco segundos, este comportamiento fue seguido por cambios en el electroencefalograma que consistían en ráfagas de enlentecimiento delta-theta polimórfico generalizado que se resolvió cuando el paciente volvió a un patrón de respiración normal.

No es objetivo de este texto describir el manejo de la hipoxia cerebral aguda en la sala de emergencia o terapia intensiva. Ante la sospecha se justifica la consulta a psiquiatría infantil para evaluar los factores predisponentes, y las posibles secuelas del momento, la valoración de depresión e intentos suicidas.

La prevención se centra en aumentar la conciencia pública sobre tales actividades y el riesgo muy real de muerte cuando los niños y adolescentes participan. Llamarlo "juego de la asfixia" puede minimizar el riesgo de muerte o secuelas serias que conlleva. Por eso algunos proponen llamarlo actividad de estrangulamiento.

Hasta ahora no existen políticas, o recomendaciones científicas dirigidas a disminuir la participación, como el cese del tabaco o sobre el consumo de alcohol.

Referencias:

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Unintentional strangulation deaths from the "choking game" among youths aged 6-19 years--United States, 1995-2007. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2008; 57:141.

- Busse H, Harrop T, Gunnell D, Kipping R. Prevalence and associated harm of engagement in self-asphyxial behaviours ('choking game') in young people: a systematic review. Arch Dis Child 2015; 100:1106.

- Michel G, Garcia M, Aubron V, et al. Adolescent Mental Health and the Choking Game. *Pediatrics* 2019; 143.

- Ibrahim AP, Knipper SH, Brausch AM, Thorne EK. Solitary Participation in the "Choking Game" in Oregon. *Pediatrics* 2016; 138.

- Butler K, Raingruber B, Butler E, Wilson M. Impact of Education on School-aged Children's Knowledge of and Participation in "The Choking Game". *Res Rev (Foster City)* 2016; 2:18.

- O'Connor EA, Lin JS, Burda BU, et al. Behavioral sexual risk-reduction counseling in primary care to prevent sexually transmitted infections: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2014; 161:874.

Autismo: Criterios actualizados.

Publicado el 06/07/21

El autismo es un trastorno de espectro, es decir, se presenta con una amplia gama de gravedad.

En su forma más grave, esta enfermedad puede incapacitar por completo a una persona que luego requerirá cuidados de apoyo de por vida, a menudo en una institución de atención médica crónica.

En su forma más leve, los individuos autistas pueden llevar una vida normal, rica y productiva habiendo aprendido estrategias de afrontamiento.

El autismo se define en la literatura psiquiátrica como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la incapacidad de la persona afectada para comunicarse e interactuar socialmente con los demás.

Los pacientes autistas suelen demostrar patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados.

Por ejemplo, como niños o adultos, las personas autistas pueden continuar manipulando y jugando repetidamente con objetos como automóviles de juguete en lugar de interactuar con otras personas. Estas acciones repetitivas se conocen como "estimulación", conductas autoestimulantes que generalmente involucran movimientos o sonidos repetitivos.

El autismo se encuentra en personas de todo el mundo y no tiene una propensión específica a ninguna raza, cultura o situación económica.

Es cuatro veces más común en hombres que en mujeres y generalmente se diagnostica en la infancia cuando los padres y maestros observan que el individuo afectado no establece contacto visual e interactúa normalmente con los demás.

El CDC estimó que 1 de cada 59 niños es autista y, dado que esta no es una condición fatal, la cantidad de adultos con autismo es sustancial.

El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría contiene criterios que permiten a los médicos diagnosticar una variedad de trastornos psiquiátricos, incluido el autismo.

En este manual, se reconocen 5 subtipos diferentes de autismo:

- Autismo con o sin discapacidad intelectual;
- Autismo con o sin discapacidad del lenguaje;
- Autismo que acompaña a otra condición médica o genética;
- Autismo asociado con otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento; y Autismo combinado con catatonia.

Además de la complejidad, las personas con autismo pueden exhibir simultáneamente elementos de más de uno de estos subtipos.

En el pasado, las personas con autismo pueden haber sido diagnosticadas con entidades como el síndrome de Asperger o alguna forma de retraso en el desarrollo.

Actualmente, sin embargo, estos últimos diagnósticos no se utilizan.

Más bien, como se señaló anteriormente, a los pacientes se les diagnostica que están en el espectro del autismo.

La etiología del autismo no se conoce en este momento.

Sin embargo, se han identificado varios factores de riesgo, incluida la herencia familiar; mutaciones genéticas que conducen a anomalías de la estructura o función del cerebro; nacimiento de padres mayores; bajo peso al nacer; exposición a metales pesados, toxinas ambientales o ambos; infecciones virales que afectan al sistema nervioso central; y exposición fetal a medicamentos específicos, como ácido valproico y talidomida.

Las autoridades del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares creen que tanto la genética como el medio ambiente juegan un papel en la etiología del autismo.

El diagnóstico de autismo se basa en la observación clínica; aún no se han encontrado biomarcadores que ayuden a hacer el diagnóstico, que casi siempre se realiza durante la niñez.

El rastreo genómico es útil en algunas personas con enfermedades genéticas conocidas.

El diagnóstico generalmente requiere la evaluación de un equipo de especialistas que incluye psicólogos, terapeutas ocupacionales y patólogos del habla y el lenguaje.

¿Qué terapias están disponibles para las personas diagnosticadas con autismo?

Debido a que la entidad generalmente se identifica en la infancia, se han recomendado una variedad de terapias psicológicas pediátricas, que incluyen terapia conductual, de juego y ocupacional junto con fisioterapia y terapia del habla.

Algunos recomiendan el masaje para inducir la relajación en personas hiperactivas.

Para los adultos, la terapia física y conductual puede continuar, pero muchas personas con autismo han aprendido estrategias de afrontamiento cuando llegan a la edad adulta.

Además, muchos adultos con formas más leves o moderadas del espectro pueden llevar una vida relativamente normal y productiva.

Se han sugerido varias terapias alternativas, como la quelación.

Sin embargo, no se ha demostrado definitivamente que ninguno de estos ayude.

Algunas autoridades creen que la dieta puede desempeñar un papel en la mejora de los síntomas en las personas con espectro autista.

Se han empleado una variedad de dietas, que incluyen limitar los alimentos con aditivos artificiales o gluten mientras se enfatizan las frutas y verduras frescas, las carnes magras y el pescado, y se realizan esfuerzos para mantener la hidratación.

La investigación sobre la terapia dietética aún no es concluyente en este momento.

Otros han sugerido el ejercicio regular como una forma de terapia para estos pacientes, que probablemente ofrezca beneficios incluso si no los cura.

Si los pacientes adultos con el espectro autista pueden llevar una vida relativamente normal depende de la gravedad de la expresión de la enfermedad y de si de niños o adultos han respondido a algunas o todas las terapias enumeradas anteriormente.

Es posible que los pacientes con formas más leves del espectro no sean diagnosticados hasta que alcancen la edad adulta.

Las terapias enumeradas anteriormente pueden ser útiles para controlar algunos aspectos del espectro incluso cuando se inician por primera vez en un paciente adulto.

A veces, las personas que están en el espectro son diagnosticadas por primera vez mucho más tarde en la vida.

Esto se debe en parte a la falta de conciencia entre los médicos, y de ahí este comentario.

Existe cierta confusión sobre si el trastorno por déficit de atención (TDAH), una entidad común, es parte del espectro del autismo. Muchos médicos que tratan con este último grupo de pacientes no creen que el TDAH sea parte del espectro del autismo porque los pacientes con TDAH no suelen carecer de habilidades sociocomunicativas.

El pronóstico para las personas con autismo generalmente depende de qué tan temprano en la vida se identificó el espectro, la gravedad de la discapacidad y el efecto de las diversas terapias enumeradas anteriormente.

No existe cura para el autismo, pero el espectro no es letal. Sin embargo, muchos pacientes no pueden funcionar normalmente en sociedad. El manejo de la enfermedad comórbida puede ser un desafío en pacientes adultos con autismo debido a que no se adhieren a las terapias dirigidas por las guías.

Referencias:

1. [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(20\)30962-1/fulltext#back-bib0001](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(20)30962-1/fulltext#back-bib0001)
2. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
3. Cherney K. Everything you need to know about autism. Healthline. Available at: <https://www.healthline.com/health/autism#1>. Accessed October 17, 2020.

Una aplicación para diagnosticar autismo en bebés.

Publicado el 03/10/21

Utilizando métodos computacionales basados para el análisis de la visión ¿se puede usar un celular o una tablet para detectar de manera confiable los primeros síntomas del trastorno del espectro autista?

La mirada atípica es un síntoma de aparición temprana del trastorno del espectro autista (TEA) y es sugestiva para la detección del autismo.

Los métodos actuales de seguimiento ocular son costosos y requieren equipo y calibración especiales.

Existe la necesidad de métodos escalables y viables para medir la mirada.

Objetivo

Utilizando métodos computacionales basados en el análisis de la visión por computadora, se evaluó si una APP implementada en un iPhone o iPad que mostraba películas breves diseñadas estratégicamente, podría provocar y cuantificar las diferencias en los patrones de mirada de los niños pequeños con TEA frente al desarrollo típico.

Diseño, entorno y participantes

Se realizó un estudio prospectivo en clínicas de atención primaria pediátrica desde diciembre de 2018 hasta marzo de 2020, comparando niños pequeños con y sin TEA.

Se invitó a los cuidadores de 1564 niños pequeños a participar durante una visita de niño sano.

Un total de 993 niños pequeños (63%) completaron las medidas del estudio. Los criterios de inscripción fueron tener entre 16 y 38 meses, un cuidador saludable, que hablara inglés o español y un niño pequeño capaz de sentarse y ver la aplicación.

Los participantes fueron evaluados con la lista de verificación modificada para el autismo en niños pequeños, revisada con seguimiento durante la atención de rutina.

Los niños fueron remitidos por su pediatra para una evaluación diagnóstica basada en los resultados de la lista de verificación o si el cuidador o el pediatra estaban preocupados.

Posteriormente, cuarenta niños pequeños fueron diagnosticados con TEA.

Exposiciones

Una aplicación móvil que se muestra en un teléfono inteligente o tableta.

Principales resultados

El análisis de la visión por computadora cuantificó los patrones de mirada de los ojos provocados por la aplicación, que se compararon entre los niños pequeños con TEA y el desarrollo típico.

Resultados

La edad media de la muestra fue de 21,1 meses (rango, 17,1-36,9 meses) y el 50,6% eran varones, el 59,8% individuos blancos, el 16,5% negros, el 23,7% otras razas y el 16,9% hispanos / latinos. Se detectaron patrones distintivos de la mirada en los niños pequeños con TEA, caracterizados por una mirada reducida a los estímulos sociales y a los momentos sociales destacados durante las películas, y déficits previamente desconocidos en la coordinación de la mirada con los sonidos del habla. El área bajo la curva característica operativa del receptor que discrimina TEA frente a no TEA utilizando múltiples características de la mirada fue 0,90 (IC del 95%, 0,82-0,97).

Conclusiones y relevancia

La aplicación midió de manera confiable los biomarcadores de la mirada nuevos y conocidos que distinguían a los niños pequeños con TEA frente al desarrollo típico. Estos resultados novedosos pueden tener el potencial de desarrollar herramientas de detección de autismo escalables, exportables a entornos naturales y permitir conjuntos de datos susceptibles de aprendizaje automático.

En este estudio, una aplicación de dispositivo móvil implementada en un teléfono inteligente o tableta y utilizada durante una visita pediátrica detectó patrones distintivos de la mirada en los niños pequeños con trastorno del espectro autista en comparación con los niños pequeños de desarrollo típico, que se caracterizaron por una atención reducida a los estímulos y déficits sociales en la coordinación de la mirada con los sonidos del habla.

Proyección

Estos métodos pueden tener potencial para desarrollar herramientas de detección de autismo escalables, exportables a entornos naturales y permitir conjuntos de datos susceptibles de aprendizaje automático.

Referencia:

Resumido de Zhuoqing Chang. Computational Methods to Measure Patterns of Gaze in Toddlers With Autism Spectrum Disorder. *JAMA Pediatr.* 2021;175(8):827-836. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.0530

Cirugía bariátrica para adolescentes obesos.

Publicado el 03/09/21

La obesidad grave es un problema de salud importante al que se enfrenta una gran proporción de adultos y niños en los Estados Unidos y cada vez más en todo el mundo. Debido a la falta de opciones no quirúrgicas para adolescentes con obesidad severa y un historial demostrado de seguridad y eficacia en adultos, ha habido un interés creciente en los procedimientos quirúrgicos para la pérdida de peso ("cirugía bariátrica") para adolescentes seleccionados con obesidad severa. No hay pruebas suficientes sobre la seguridad o la eficacia para recomendar el uso de la cirugía en niños o preadolescentes en este momento.

Los niños y adolescentes con obesidad grave están en riesgo de desarrollar importantes comorbilidades, como apnea obstructiva del sueño, diabetes, hipertensión, dislipidemia, así como depresión y deterioro de la calidad de vida. La obesidad grave también se ha relacionado con una esperanza de vida más corta; por lo tanto, el tratamiento dirigido a la obesidad puede revertir o prevenir estos problemas y mejorar los resultados de salud a largo plazo.

La cirugía bariátrica también se ha utilizado cada vez más para tratar a los adolescentes con obesidad severa, y la base de evidencia que respalda el uso de la cirugía se ha acumulado, sobre todo en las últimas dos décadas.

A finales de 2019, la Sección de Obesidad de la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) publicó una declaración de política que apoya el uso de la cirugía en el contexto de un programa multidisciplinario con experiencia pediátrica para el tratamiento de jóvenes con obesidad grave. Además de brindar orientación clínica, la declaración de política destacó las preocupaciones sobre el acceso a la atención, lo que representa una barrera para el uso apropiado de la cirugía bariátrica entre los adolescentes elegibles.

En niños y adolescentes, obesidad severa se define como un BMI $\geq 120\%$ del PC 95, o ≥ 35 kg/m². Este umbral corresponde a aproximadamente al PC 99 (Z-score 2,33), pero se prefiere debido a que el CDC declaró que los carriles extremos de percentilos no son suficientemente precisos para evaluar los estándares de crecimiento.

Usando esta definición, aproximadamente el 10% de las niñas y el 13% de los niños de 12 a 19 años en los Estados Unidos tienen obesidad severa.

Estos niños casi siempre permanecerán en el rango de obesidad en la edad adulta, y el 65% tendrá obesidad de clase III en la edad adulta (IMC ≥ 40 kg/m²).

Tienen una prevalencia significativamente mayor de factores de riesgo cardiovascular en comparación con los niños con menores grados de obesidad, y tendrán más complicaciones de salud y una mayor mortalidad en comparación con los que desarrollaron obesidad durante la edad

adulta.

Desafortunadamente, los datos limitados disponibles sugieren que las intervenciones dietéticas y conductuales por sí solas rara vez logran un éxito significativo a largo plazo para las personas con obesidad grave. Aunque cada vez hay más medicamentos disponibles para el tratamiento de la obesidad en adultos, las opciones de farmacoterapia para adolescentes son muy limitadas y es poco probable que sean clínicamente útiles en aquellos con obesidad severa.

Los procedimientos que se realizan con mayor frecuencia en adolescentes y adultos son la gastrectomía en manga (SG, 70%) y el bypass gástrico en Y de Roux (BGYR 25%).

Ambas conducen a disminuciones clínicamente importantes en el peso y el índice de masa corporal (IMC) en la mayoría de los pacientes a corto o intermedio plazo (uno a tres años después de la operación). La información sobre los resultados a largo plazo (más de tres años) es más limitada, pero la pérdida de peso parece mantenerse, aunque el desgaste con el tiempo podría sesgar los resultados.

El estudio prospectivo más grande de los resultados de la cirugía de pérdida de peso en adolescentes incluyó a **242 adolescentes** con obesidad grave que se sometieron predominantemente a SG o BGYR en cinco centros de Estados Unidos con experiencia especial en cirugía bariátrica para este grupo de edad (estudio Teen-LABS). La edad media de los participantes fue de $17 \pm 1,6$ años y un tercio tenía entre 13 y 15 años. Entre los 67 participantes que se sometieron a SG, el BMI disminuyó de 50 kg/m² al inicio del estudio a 37 kg/m² (una reducción del 26%) tres años después de la operación.

Entre 161 participantes que se sometieron a BGYR, el BMI disminuyó de 54 kg/m² al inicio a 39 kg/m² (una reducción del 28%) tres años después de la operación. A los tres años, la recuperación de peso por encima de la línea de base se produjo en sólo el 4% de los participantes con SG y el 2% de los que tenían BGYR.

Se informaron resultados a más largo plazo en una población de uno de los centros Teen-LABS, que informaron resultados para 58 individuos sometidos a BGYR con más de cinco años de seguimiento. En el seguimiento medio de ocho años, el BMI había disminuido de 58,5 a 41,7 kg/m², lo que representa una disminución del 29,2% con respecto al valor inicial, pero un aumento modesto del BMI promedio un año después de la operación.

En el seguimiento a largo plazo, el 63% tenía obesidad al menos moderadamente grave (BMI ≥ 35 kg/m²).

Un estudio separado de Suecia describió los resultados a largo plazo después del BGYR en un grupo de 81 adolescentes con obesidad menos grave. Antes de la cirugía, el IMC medio era de 45,5 kg/m²; en el seguimiento cinco años después de la operación, el BMI medio fue de 32,3 kg/m² y el 28% tenía un BMI ≥ 35 kg/m². Juntos, estos estudios sugieren que la intervención quirúrgica en pacientes con obesidad moderada tiene mejores resultados de BMI absoluto que en pacientes con

obesidad grave, lo que respalda la idea de que la intervención temprana puede ser beneficiosa.

En el estudio Teen-LABS, la diabetes tipo 2 se resolvió tres años después de la operación en el 95% de los participantes que tenían la afección al inicio del estudio, así como la prediabetes, la presión arterial elevada, y dislipidemia.

La resolución de los factores de riesgo cardiovascular se asoció con una mayor pérdida de peso, sexo femenino y una edad más joven en el momento de la cirugía bariátrica.

Los resultados del BGYR en adolescentes (n = 161) se compararon directamente con los de los adultos (n = 396) en un análisis secundario de datos de dos grandes consorcios financiados por el Instituto Nacional de Salud. No hubo diferencias significativas entre adolescentes y adultos en el porcentaje de pérdida de peso a los cinco años (-26 frente al -29%, respectivamente; p = 0,08). Sin embargo, después de la cirugía, los adolescentes fueron significativamente más propensos que los adultos a experimentar la remisión de la diabetes tipo 2 (86 frente al 53 por ciento; razón de riesgo [RR] 1,27; IC del 95%: 1,03-1,57) y remisión de la hipertensión (68 frente al 41 por ciento; RR 1,51; IC del 95%: 1,21-1,88).

En el mismo trabajo se demostró mejoría de la función renal, de la movilidad funcional, y de los outcomes psicosociales (aunque en este último punto los beneficios solo fueron transitorios).

Las complicaciones a corto plazo (<30 días después de la cirugía) son generalmente similares a las de los adultos y se producen en de 6 a 8% de las personas. Las complicaciones después de BGYR incluyen fuga intestinal en sitios anastomóticos, infecciones de heridas, embolia pulmonar, estenosis gastroyeyunal que requieren dilatación endoscópica, obstrucción del intestino delgado, formación de fístula gastrogástrica y colelitiasis sintomática.

Las complicaciones a largo plazo de la cirugía de pérdida de peso en los adolescentes son principalmente nutricional. En particular, los pacientes corren el riesgo de sufrir deficiencias de hierro, vitamina B12, vitamina D y tiamina (vitamina B1). Estos riesgos son generalmente más altos para RYBG en comparación con SG. Esto se demostró en los resultados a cinco años del estudio Teen-LABS.

Referencias:

- Kitahara CM, Flint AJ, Berrington de Gonzalez A, et al. Association between class III obesity (BMI of 40-59 kg/m²) and mortality: a pooled analysis of 20 prospective studies. PLoS Med 2014; 11:e1001673.
- Armstrong SC, Bolling CF, Michalsky MP, et al. Pediatric Metabolic and Bariatric Surgery: Evidence, Barriers, and Best Practices. Pediatrics 2019; 144.
- Kelly AS, Barlow SE, Rao G, et al. Severe obesity in children and adolescents: identification, associated health risks, and treatment approaches: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2013; 128:1689.

- Inge TH, Zeller MH, Jenkins TM, et al. Perioperative outcomes of adolescents undergoing bariatric surgery: the Teen-Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (Teen-LABS) study. *JAMA Pediatr* 2014; 168:47.
- Inge TH, Jenkins TM, Xanthakos SA, et al. Long-term outcomes of bariatric surgery in adolescents with severe obesity (FABS-5+): a prospective follow-up analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; 5:165.
- Inge TH, Courcoulas AP, Jenkins TM, et al. Weight Loss and Health Status 3 Years after Bariatric Surgery in Adolescents. *N Engl J Med* 2016; 374:113.
- Olbers T, Beamish AJ, Gronowitz E, et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in adolescents with severe obesity (AMOS): a prospective, 5-year, Swedish nationwide study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; 5:174.
- Michalsky MP, Inge TH, Jenkins TM, et al. Cardiovascular Risk Factors After Adolescent Bariatric Surgery. *Pediatrics* 2018; 141.
- Inge TH, Courcoulas AP, Jenkins TM, et al. Five-Year Outcomes of Gastric Bypass in Adolescents as Compared with Adults. *N Engl J Med* 2019; 380:2136.

¿Qué hay en un nombre? El Síndrome de Asperger

Publicado el 30/07/21

Desde 1981, cuando se presentó el escrito del pediatra austriaco Hans Asperger a una audiencia de habla inglesa, los profesionales del autismo han adoptado el síndrome de Asperger (SA) como una condición. Excluye las dificultades intelectuales, de comunicación y físicas más debilitantes asociadas con el autismo clásico.

Entre 1994 y 2013, SA fue un diagnóstico oficial del DSM y todavía se usa ampliamente a nivel internacional.

Pero, ¿quién fue Hans Asperger?

A lo largo de las décadas, ha surgido un mito de que Asperger, que trabajó en Viena durante la Segunda Guerra Mundial, era similar a Oskar Schindler.

Había hablado del potencial de sus jóvenes pacientes autistas para protegerlos no solo de la esterilización masiva legalizada de los "genéticamente no aptos", sino también para evitar que se convirtieran en víctimas de la "eutanasia" más encubierta (el Programa T4) que llevó a la matanza de más de 300.000 personas discapacitadas.

Pero ahora la historiadora estadounidense Edith Sheffer ha destruido sistemáticamente esa persona en Asperger's Children, un relato de su carrera magníficamente investigado.

Se ha basado en registros recientemente descubiertos por el asiduo investigador austriaco Herwig Czech.

Estos documentos de tiempos de guerra revelan que, en lugar de salvar a los niños bajo su cuidado, Asperger escribió descripciones totalmente condenatorias de al menos 42 de sus pacientes.

Su firma está en el papeleo que los trasladó a la notoria clínica Am Spiegelgrund donde casi 800 niños murieron por negligencia o sobredosis letales.

Habría sido imposible para Asperger no conocer el probable destino de sus pacientes; los asesinatos en el asilo dieron lugar a protestas públicas.

Sheffer revela que Asperger apoyó activamente las leyes de esterilización forzada. También ofrece un análisis apasionante y muy esperado de la propia escritura de Asperger antes, durante y después del Tercer Reich.

Ella detalla su denigración en tiempos de guerra de los niños con discapacidades cognitivas y físicas bajo su cuidado.

Ella lo enmarca como cómplice de la "eugenesia negativa" y arribista.

A los médicos judíos se les prohibió practicar la medicina pública durante el Anschluss.

Aunque nunca fue miembro del partido nazi, Asperger no protestó por la exclusión de sus colegas judíos más importantes.

A los 28 años, se convirtió en el director de la Clínica de Educación Curativa dentro del prestigioso hospital infantil de Viena.

Sheffer escribe: "En mayo de 1938, Asperger comenzó a trabajar para el estado nazi como experto en psiquiatría para el sistema de tribunales de menores de la ciudad.

También solicitó ser consultor de las Juventudes Hitlerianas ".

Sheffer revela que Asperger apoyó activamente las leyes de esterilización forzada, citando sus palabras de que algunas personas eran "una carga para la comunidad" y que "la proliferación de muchos de estos tipos era indeseable para el Volk, es decir, la tarea es excluir a ciertas personas". de la reproducción ".

La pionera psiquiatra británica del autismo Lorna Wing no conocía esta historia cuando se encontró por primera vez con los escritos de Asperger a fines de la década de 1970.

Ella había estado evaluando a pacientes jóvenes en el hospital psiquiátrico Maudsley en Londres.

No encajaban en categorías existentes como el autismo o la esquizofrenia porque no tenían delirios o discapacidades intelectuales obvias.

Sin embargo, sus profundas dificultades con el pensamiento obsesivas y la interacción social significaban que todavía necesitaban ayuda, especialmente porque tenían un alto riesgo de depresión.

Buscando un diagnóstico, Wing se sintió atraída por los escritos de Asperger sobre lo que había llamado "psicopatía autista" en la década de 1940.

Su trabajo nunca se había traducido al inglés; Wing se basó en el conocimiento escolar de alemán de su marido para una traducción inicial de la tesis de Asperger de 1944.

Le impresionaron las descripciones detalladas y comprensivas que el pediatra austríaco había hecho de sus pacientes.

Sonaban como los jóvenes con los que ella atendía.

Había un estigma en torno a la palabra "autismo", por lo que Wing propuso un nuevo término de diagnóstico, síndrome de Asperger.

Escribió que si bien el autismo se asoció con "mudez y total aislamiento social", para los padres "la sugerencia de que su hijo puede tener una condición interesante llamada síndrome de Asperger es más aceptable".

Wing solo conoció a Asperger una vez, no mucho antes de su muerte en 1980.

Tenía una firme creencia de que la "educación curativa" podía ayudar.

Además de ser psiquiatra, tenía una hija profundamente autista y compartía la opinión de Asperger de que una educación adecuada podría mejorar los resultados.

La propia tesis de Wing fue que el autismo era un trastorno del espectro y no siempre implicaba discapacidad intelectual y esa variante podría denominarse síndrome de Asperger.

Se convirtió en la figura ideal para el floreciente movimiento de derechos autistas, que sostiene que el autismo es una diferencia que hay que aceptar, en lugar de una enfermedad que se debe prevenir o curar.

El padrino del autismo de la década de 1940 en Estados Unidos, el psiquiatra infantil Leo Kanner era muy odiado por culpar a la mala crianza de los hijos o a las “madres frigoríficas” por causar un trastorno debilitante; Asperger sostuvo que el autismo era innato y podía tener habilidades positivas.

Es difícil creer que alguien quiera identificarse con el síndrome de Asperger después de leer el libro extremadamente inquietante pero muy lúcido de Sheffer, pero ¿qué debería reemplazarlo? Quizás: “el síndrome de Wing”.

Ciertamente honraría a un médico que se ocupó de todas las personas autistas y trabajó incansablemente para mejorar sus vidas.

Referencia:

Asperger's Children de Edith Sheffer

Niños y adolescentes con hipertensión.

Publicado el 24/06/21

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU. (USPSTF) en relación con el rastreo de la presión arterial (PA) elevada en niños y adolescentes asintomáticos, y sobre la base de una reevaluación sistemática de la evidencia disponible, reafirmó recientemente su conclusión previa: sigue habiendo pruebas insuficientes a favor o en contra de apoyarlo.

Por el contrario, la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA), el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI) y la Sociedad Europea de Hipertensión recomiendan el rastreo en esta población basándose en evidencia directa del seguimiento de la PA desde la niñez hasta la adultez.

Además, consideran evidencia indirecta de que la PA elevada en niños se asocia con enfermedad cardiovascular subclínica.

La importancia clínica del seguimiento en niños mayores de 3 años, es decir el patrón de mediciones de PA a lo largo del tiempo, está relacionada con la capacidad de predecir el estado de PA en el futuro.

Si bien los niños, especialmente los adolescentes, que son hipertensos tienen más probabilidades de seguir siéndolo en la edad adulta (particularmente en presencia de aumento del peso corporal, aumento de la masa ventricular izquierda o antecedentes familiares de hipertensión), existen datos de que en algunos infantes la PA elevada vuelve a niveles normales.

Esto se ilustró en un estudio de atención primaria basado en registros médicos electrónicos de casi 400.000 niños.

Esta investigación informó la normalización de la PA para la mayoría de los pacientes que cumplían los criterios de hipertensión o PA elevada con 3 o más mediciones de PA registradas durante 36 meses: “Durante el segundo período concurrente de 36 meses, no se registraron niveles anormales de PA en 3 o más mediciones en el 50% de los niños con hipertensión (933 de 1881) ni en el 70% con PA elevada (1492 de 2144) diagnosticados durante el primer período de tiempo”.

Por otro lado, hay que destacar que, en dicho estudio, una minoría de niños tuvo aumentos significativos de la PA: el 12% de los que presentaban PA elevada progresó a una categoría de PA más alta y el 5% de los que tenían hipertensión en etapa 1 progresó a hipertensión en etapa 2. Además, solo la mitad de los 7775 niños con PA anormalmente elevada en los primeros 36 meses tuvieron, durante el segundo período, 3 o más mediciones de PA registradas.

También cabe mencionar algunas limitaciones del estudio como por ejemplo el pequeño número de niños en toda la cohorte con mediciones longitudinales de PA necesarias para la inclusión, la falta de certeza sobre si las mediciones se realizaron de manera adecuada o si las intervenciones correspondientes (como los cambios en el estilo de vida) fueron recomendadas e implementadas.

A pesar de esto, como los resultados mostraron la normalización de la PA en muchos niños con PA anormalmente alta, si nuevos estudios verifican los resultados, esto plantea la necesidad de

asegurar que los niños con PA elevada tengan un seguimiento prolongado antes de diagnosticarlos con hipertensión.

Volviendo a las recomendaciones mencionadas al comienzo de este artículo, la USPSTF se basa en su evaluación de la evidencia (inadecuada) con respecto a la precisión del rastreo y de los beneficios de las intervenciones no farmacológicas y farmacológicas en la reducción a largo plazo de la PA o en la reducción de los daños en la adultez asociados con la PA alta.

También consideraron la evidencia indirecta, como el beneficio del rastreo pediátrico en reducir los resultados de salud adversos. Tampoco hay pruebas suficientes para saber si existe un daño asociado con la detección temprana de la PA alta o con las intervenciones para tratarla.

Por el contrario, como se dijo, la AAP, AHA, el NHLBI y la Sociedad Europea de Hipertensión recomiendan la toma de la PA en niños y adolescentes. Se basan en evidencia directa del seguimiento de la PA desde la niñez hasta la edad adulta, evidencia indirecta de que la PA elevada en niños se asocia con enfermedad cardiovascular subclínica (como masa ventricular izquierda, engrosamiento de la íntima-media carotídea y autopsias en adolescentes y adultos jóvenes que demuestran una relación entre la PA elevada y las lesiones ateroscleróticas) y porque la toma de la PA puede identificar a los niños que se beneficiarían de un asesoramiento que promueva estilos de vida saludables.

Sus recomendaciones son:

- Para los niños sin factores de riesgo o afecciones asociadas a hipertensión, medir la PA a partir de los 3 años de edad durante las visitas anuales de control de salud.
- Para los niños con factores de riesgo para hipertensión independientemente de su edad, medir la PA en cada consulta de atención médica.

Referencias:

- Panel de expertos sobre directrices integradas para la salud cardiovascular y la reducción del riesgo en niños y adolescentes, Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. Panel de expertos sobre directrices integradas para la salud cardiovascular y la reducción del riesgo en niños y adolescentes: informe resumido. *Pediatrics* 2011; 128 Suppl 5: S213.
- Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU., Krist AH, Davidson KW, et al. Detección de presión arterial alta en niños y adolescentes: Declaración de recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. *JAMA* 2020; 324: 1878.
- Kaelber DC, Localio AR, Ross M, et al. Hipertensión persistente en niños y adolescentes: un estudio de cohorte de 6 años. *Pediatría* 2020; 146.
- Flynn JT, Daniels SR, Hayman LL y col. Actualización: monitorización ambulatoria de la presión arterial en niños y adolescentes: declaración científica de la American Heart Association. *Hipertensión* 2014; 63: 1116.
- Lurbe E, Agabiti-Rosei E, Cruickshank JK y col. Directrices de la Sociedad Europea de Hipertensión de 2016 para el manejo de la presión arterial alta en niños y adolescentes. *J Hypertens* 2016; 34: 1887.
- Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM y col. Guía de práctica clínica para la detección y el manejo de la presión arterial alta en niños y adolescentes. *Pediatría* 2017; 140.

Programas antibullying en colegios.

Publicado el 13/06/21

El acoso escolar surgió como un tema importante de investigación en la década de 1980 en Noruega.

Cuarenta años después, un metanálisis mostró que estas formas de agresión siguen siendo frecuentes entre los jóvenes a nivel mundial (Modecki et al.).

Especialistas destacados en el campo definieron el acoso escolar como cualquier comportamiento agresivo que incorpora 3 elementos clave: intención de dañar, naturaleza repetitiva y claro desequilibrio de poder entre el agresor y la víctima (Centros para Control y prevención de enfermedades; Farrington).

Hay muchos resultados negativos asociados con la perpetración del acoso, entre ellos, ideación suicida (Holt et al.), portación de armas (Valdebenito et al.), uso de drogas (Ttofi et al.), violencia y delitos en la edad adulta (Ttofi et al., Alabama.).

La victimización por intimidación también se asocia con resultados negativos como por ejemplo ideación suicida (Holt et al.), ansiedad, baja autoestima y soledad (Hawker & Boulton). Por lo tanto, el acoso escolar debe considerarse un problema de salud pública y urge encontrar una intervención eficaz.

Objetivos

Esta revisión busca establecer si los programas existentes contra el acoso escolar en la escuela son efectivos para reducirlo.

Además, también pretende actualizar un metanálisis realizado por Farrington y Ttofi (que incluyó 53 evaluaciones), que encontró que los programas contra el acoso son efectivos para reducir la victimización y la perpetración del acoso.

Para esto realizaron nuevas búsquedas de evaluaciones desarrolladas y publicadas desde 2009.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas sistemáticas utilizando combinaciones booleanas de las siguientes palabras clave: bully*; víctima*; bully-victim; colegio; intervención; prevención; programa*; evaluación; efecto*; y anti-bullying . Las búsquedas se realizaron en diferentes bases de datos en línea, incluidas Web of Science, PsycINFO, EMBASE, DARE, ERIC, Google Scholar y Scopus. También se realizaron búsquedas en bases de datos de informes no publicados, como tesis de maestría y de doctorado (p. Ej., Proquest).

Criterios de selección

Los resultados de las búsquedas sistemáticas se analizaron minuciosamente en función de los siguientes criterios de inclusión:

- 1) describir la evaluación de un programa escolar contra el acoso escolar implementado en participantes en edad escolar;
- 2) utilizar una definición operativa de acoso escolar que coincida con las definiciones existentes;

- 3) medir la perpetración y/o victimización del acoso escolar utilizando medidas cuantitativas, tales como cuestionarios de auto-informe, pares o informe del maestro y
- 4) utilizar un diseño experimental o cuasi-experimental, con un grupo que recibió la intervención y otro que no la recibió.

Recolección y análisis de datos

De los 19877 resultados de la búsqueda, 474 se conservaron para un cribado adicional. La mayoría de éstos fueron excluidos y, después de múltiples oleadas de selección, se eligieron aproximadamente 100 para el metanálisis.

Algunos de los estudios incluidos eran ensayos controlados aleatorizados (ECA) (n= 45) y otros tenían diseños cuasiexperimentales con medidas antes/después (n= 44). Todos estos artículos incluyeron medidas de los resultados del acoso antes y después de la implementación de la intervención.

Se utilizaron 2 modelos de metanálisis para informar los resultados. Todos los efectos medios calculados se presentan utilizando el modelo de ajuste multivariado (MVA) y el modelo de efectos aleatorios (RE).

El modelo MVA asigna ponderaciones a los estudios primarios en proporción directa al error de muestreo, como con el modelo de efectos fijos, pero ajusta el error estándar metanalítico y los intervalos de confianza para la heterogeneidad del estudio.

El modelo de ER incorpora la heterogeneidad entre estudios en la fórmula para asignar ponderaciones a los estudios primarios.

Resultados

El metanálisis identificó que **los programas de acoso escolar reducen significativamente la perpetración del acoso** (RE: razón de posibilidades [OR] = 1,309; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,24-1,38; z = 9,88; p <0,001) **y la victimización por acoso** (RE: OR = 1,244; IC del 95%: 1,19-1,31; z = 8,92; p <0,001), bajo un modelo de efectos aleatorios de metanálisis. Los efectos medios fueron similares en ambos modelos de metanálisis para la perpetración de acoso (es decir, MVA: OR = 1,324; IC del 95%: 1,27-1,38; z = 13,4; p <0,001) y victimización por acoso (es decir, MVA: OR = 1,248; IC del 95%: 1,21-1,29; z = 12,06; p <0,001).

Bajo ambos modelos computacionales, los estudios primarios fueron más efectivos para reducir la perpetración del acoso que la victimización en general.

Los tamaños del efecto variaron entre los estudios, con una heterogeneidad significativa entre los estudios tanto para la perpetración del acoso (Q = 323.392; gl = 85; p <.001; I² = 73.716) como para la victimización por acoso (Q = 387.255; gl = 87; p <.001 ; Yo² = 77,534).

Los análisis sugieren que el sesgo de publicación es poco probable. Se esperaba heterogeneidad entre estudios, dada la gran cantidad de estudios incluidos y, por lo tanto, la cantidad de programas, métodos, medidas y muestras diferentes utilizados.

Conclusiones de los autores

Los autores concluyen que, en general, los programas escolares contra el acoso escolar son efectivos para reducir la perpetración y la victimización por acoso, aunque los tamaños del efecto son modestos.

El impacto de la metodología de evaluación sobre el tamaño del efecto parece ser débil y no explica adecuadamente la heterogeneidad significativa entre los estudios primarios. Además, se revisa la cuestión de la subestimación / sobreestimación del verdadero efecto de la intervención por diferentes diseños experimentales y el uso de medidas autoinformadas.

Se discuten las posibles explicaciones de esto, junto con recomendaciones para futuras evaluaciones primarias.

Se discuten también, las vías para futuras investigaciones, incluidas la necesidad de explicar más las diferencias entre los programas al correlacionar los tamaños de los efectos individuales con los componentes del programa y los elementos metodológicos variables disponibles en estas 100 evaluaciones.

Referencia:

El artículo es un resumen de Gaffney H. Ttofi M. Harrington D. Effectiveness of school-based program to reduce bullying perpetration and victimization: An updated systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 17, e1143. <https://doi.org/10.1002/cl2.1143>.

El artículo original cuenta además con un resumen que describe cada uno de los más de 100 modelos actuales para el manejo del acoso escolar.

Niños con faringitis PFAPA.

Publicado el 12/06/21

“**PFAPA**” es el acrónimo de **P**eriodic **F**ever, **A**phthous, **P**haryngitis, **A**denitis.

Se trata de un síndrome de fiebre recurrente o periódica (episodios transitorios que alternan con periodos largos afebriles) al que no se le reconoce agente infeccioso ni auto-inflamatorio (no hay autoanticuerpos ni células T autorreactivas).

Es más frecuente antes de los 4 años de edad con un pico a los 11 meses de vida. Son muy raros de ver luego de los 10 años aunque algunos casos han tenido manifestaciones a edades adultas.

Si bien se piensa que existe una asociación familiar, en muchos casos los diferentes integrantes de una familia no poseen las mismas mutaciones genéticas.

Además, muchas de las asociaciones halladas coinciden además con las de la aftosis recurrente y el síndrome de Behcet. Algunos autores piensan que las 3 afecciones podrían agruparse siendo el Behcet el extremo más grave, el PFAPA el intermedio y la aftosis el más leve.

La **fiebre** suele comenzar abruptamente, a menudo acompañada de escalofríos. Los síntomas prodrómicos de malestar, irritabilidad, dolor de garganta o aftas pueden presentarse desde el día previo. La temperatura oscila entre 38.5 y 41°C, durante 2 a 7 días, y raras veces se prolonga en el tiempo (si así fuera hay sospechar otro diagnóstico).

En la mayoría de las cohortes los episodios duran un promedio de 4 días. Suelen presentarse cada 2 a 8 semanas pero no hay un patrón común de regularidad.

Las **aftas** están presentes entre el 40 al 80% de los pacientes.

Se ubican en el labio inferior o en la mucosa yugal y no son tan grandes ni dolorosas como en el Behcet.

La **faringitis** está presente en el 100% de los casos (a veces con úlceras amigdalinas). Frecuentemente es bilateral. Con la misma incidencia se suelen observar adenitis cervicales dolorosas.

Otros síntomas adicionales suelen ser dolor abdominal (40 a 65%), mioartralgias (11 a 42%), vómitos (18 a 41%) y dolor de cabeza (18 a 65%). Cuando este síndrome aparece en adultos es más frecuente que se manifieste con dolor de pecho, dolor de cabeza, artralgias, mialgias, signos oculares y erupciones.

No existe una **prueba de laboratorio** específica para PFAPA. El diagnóstico se hace con los hallazgos clínicos, la historia familiar y la repetición de los episodios. La sospecha se dificulta cuando la prevalencia de los portadores asintomáticos de estreptococo beta hemolítico (SBHGA) es importante.

Sin embargo, los niños con PFAPA con SBHGA positivo no responden al uso de antibióticos. Por otro lado, en cada episodio los pacientes pueden elevar el nivel de leucocitos y de reactantes de fase aguda.

Si los cambios del laboratorio permanecen alterados en el período intercrisis, es conveniente sospechar de otros diagnósticos.

No es infrecuente que al diagnóstico de PFAPA se llegue por descarte de otras patologías tenidas en cuenta previamente (faringitis bacterianas, virales, linfoma, etc). Por eso, **un motivo importante para hacer el diagnóstico es aliviar la ansiedad de los padres, evitar los estudios innecesarios y prevenir el uso de tratamientos inadecuados.**

En línea con lo anterior, **el cumplimiento de los siguientes criterios clínicos garantizará que se excluyan las enfermedades más graves asociadas con la fiebre recurrente (no se han modificado desde 1989):**

- Inicio de la enfermedad en la primera infancia.
- Episodios de fiebre que se repiten regularmente.
- Presencia de al menos 1 de estas características durante los brotes: estomatitis aftosa, faringitis y/o adenitis cervical.
- Intervalos asintomáticos entre brotes con crecimiento normal.
- Ausencia de signos de infección del tracto respiratorio durante los brotes y exclusión de neutropenia cíclica, otros síndromes de fiebre periódica conocidos, inmunodeficiencia o enfermedades autoinmunes.

Como se han informado casos donde el síndrome permanece en edades adultas, es importante destacar que se debe seguir sospechando PFAPA si los episodios ocurren a intervalos regulares, con períodos de entre 2 a 8 semanas, y si son idénticos entre sí.

Con el **tratamiento** adecuado, los síntomas remiten en pocas horas. Se debe administrar una única dosis oral de 1 a 2 mg/kg de prednisona/prednisolona al inicio de la fiebre. Si el paciente experimenta recaída 12 a 48 hs después de la primera dosis, se puede dar una segunda dosis en ese momento.

El diagnóstico debe reconsiderarse si la fiebre reaparece después de la segunda dosis de corticoide.

El tratamiento del PFAPA tiene diferentes estrategias. Básicamente, los **corticoides** son indicados para tratar el episodio agudo, la **cimetidina** y la **colchicina** se usan para prevenir las recaídas y la **amigdalectomía** es la intervención potencialmente curativa (aunque luego del procedimiento los pacientes continúan haciendo aftosis a repetición).

El paciente y la familia deben tener claro que **el PFAPA no tiene mayores consecuencias más que la sintomatología de cada episodio, se autolimita sin secuelas y, por lo tanto, la observación también es una estrategia aceptable.**

Referencias:

- McDermott MF, Aksentijevich I, Galon J, et al. Germline mutations in the extracellular domains of the 55 kDa TNF receptor, TNFR1, define a family of dominantly inherited autoinflammatory syndromes. *Cell* 1999; 97:133.
- Manthiram K, Zhou Q, Aksentijevich I, Kastner DL. The monogenic autoinflammatory diseases define new pathways in human innate immunity and inflammation. *Nat Immunol* 2017; 18:832.
- Manthiram K, Nesbitt E, Morgan T, Edwards KM. Family History in Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, Adenitis (PFAPA) Syndrome. *Pediatrics* 2016; 138.
- Perko D, Debeljak M, Toplak N, Avčin T. Clinical features and genetic background of the periodic Fever syndrome with aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis: a single center longitudinal study of 81 patients. *Mediators Inflamm* 2015; 2015:293417.
- Lantto U, Koivunen P, Tapiainen T, Renko M. Long-Term Outcome of Classic and Incomplete PFAPA (Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, and Adenitis) Syndrome after Tonsillectomy. *J Pediatr* 2016; 179:172.
- Marshall GS, Edwards KM, Lawton AR. PFAPA syndrome. *Pediatr Infect Dis J* 1989; 8:658.

Nuevas tecnologías para niños con DBT tipo I.

Publicado el 29/03/21

Una pacientita de 9 años a quien se le hizo diagnóstico de diabetes tipo 1 en el día de ayer, me permitió traer a la conciencia lo alejado que estoy de la tecnología actual para el seguimiento metabólico en niños con esta patología. Por eso, y para salir un poco del “mundo COVID-19”, escribo este artículo que es un resumen de una publicación reciente. El objetivo es acercarnos a los nuevos dispositivos de monitoreo, sensores, software y hardware que intentan facilitar los controles de la glucemia y la aplicación de insulina. Este escrito no presenta evidencias, es solo descriptivo.

Más del 90% de las personas con diabetes tipo 1 son diagnosticadas en la infancia y, en esta etapa vital, los obstáculos para alcanzar el control metabólico suelen ser mayores que en otras. Algunas dificultades son la gran variabilidad de ingesta de alimentos y de ejercicio según la edad, la menor capacidad para reconocer y reaccionar ante una hipoglucemia y la diferente sensibilidad a la insulina. Por eso, todavía sigue siendo un gran desafío acercarse a la secreción fisiológica de insulina que disminuya los niveles de glucemia y de hemoglobina glicosilada y aleje las complicaciones vasculares.

En la infancia, la hemoglobina glicosilada no sirve para ajustar los controles cotidianos. En su lugar, se usa la glucemia. Si bien clásicamente se mide el valor capilar, en la actualidad existen medidores intersticiales que además trabajan con aplicadores automáticos de insulina (a través de una bomba de infusión subcutánea). Estos sistemas alejan al paciente de la participación activa de las correcciones pero sigue siendo importante una alimentación adecuada.

La Sociedad Americana de Diabetes (ADA, 2020) y la Sociedad Internacional de diabetes en la niñez y la adolescencia (ISPAD 2018) proponen las siguientes metas de glucemia.

	ISPAD	ADA
Glucemia preingesta	70-130	80-130
Glucemia postingesta	90-180	-
Glucemia previa a acostarse	80- 140	90-150

Debido al gran avance tecnológico, es conveniente que el paciente, la familia y el personal de salud conozcan los nuevos dispositivos. Luego, la elección de qué usar será individualizada y de acuerdo a las posibilidades del sistema y los deseos y la comprensión del paciente y su familia.

Sistemas de monitorización continua de la glucosa intersticial (MCG)

Los sistemas de MCG miden la glucosa en el líquido intersticial cada 1 a 5 minutos mediante sensores subcutáneos (filamentos) que se colocan en el brazo, en el abdomen o en la zona glútea (a elección según la edad y el tipo de sensor).

El sistema cuenta con un transmisor que envía la señal al receptor (puede ser un monitor, una bomba, un teléfono celular o una “nube”) e informa de manera continua los valores de glucosa, con flechas de tendencia que predicen su evolución a los 30 minutos basado en los datos de los 15

minutos previos. Alguno de los sistemas tienen alertas que ayudan a estar pendientes del control glucémico.

Como la glucosa intersticial no coincide con la glucemia, cuando comenzó el uso de esta tecnología, los resultados ofrecidos debían compararse contra los valores de glucosa capilar. Sin embargo, hoy en día, el FreeStyle, el Dexcom G5 y el 6 son tan precisos que ya no requieren de ese control.

El uso de estos sistemas aumentó muchísimo en los últimos años (tanto en niños como en adultos) y son útiles para pacientes tratados con múltiples dosis de insulina o con bomba. Ofrecen información en tiempo real y retrospectiva.

En la actualidad, si bien son pocos los estudios que demostraron que el uso de los sistemas de MCG disminuyen la aparición de complicaciones a largo plazo, algunos artículos están apareciendo. Se cree que con estos dispositivos el paciente podrá relacionar sus niveles de glucosa y la insulina utilizada en el descanso, el ejercicio, la ingesta, las enfermedades, la menstruación, etc., lo que le permitirá adecuar mejor el tratamiento a cada situación. Además, la posibilidad de monitorear a distancia a través de redes móviles permitirá a los padres o a los cuidadores de los niños pequeños minimizar los riesgos y ayudarlos a alcanzar y sostener el control metabólico.

Programas de descarga y análisis

Los datos recogidos por los sistemas de MCG podrán ser leídos, descargados y organizados en computadoras, celulares, “la nube” o la misma bomba de infusión. Este fácil acceso permite optimizar el tratamiento y adecuarlo a los patrones individuales. Algunos estudios creen que la mala adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 1 podría ser secundaria al desconocimiento o la falta de entrenamiento en estos sistemas.

Algunos programas ofrecen la información en forma de estadística, gráficos día a día, gráficos de repetición de patrones, un sistema de análisis conocido como perfil de glucosa ambulatorio (AGP) o como revisión de los parámetros de bombas y sensores. Cada compañía ofrece sus programas de descarga (Medtronic: Carelink; Dexcom: Clarity y Diasend; Abbot: Libreview; Eversence: Diasend). El programa de Tidepool es gratuito y permite la descarga de diferentes sistemas.

Si bien se están probando sistemas automáticos de ayuda en la toma de decisiones con respecto al manejo de la insulina a través de lo que se conoce como “machine learning” (la máquina aprende los patrones del paciente), como esto aún no está validado ni aceptado por las agencias reguladoras, las decisiones se siguen tomando entre el paciente y su familia en conjunto con el profesional.

Plumas inteligentes

Son dispositivos que aplican insulina y además registran las dosis administradas, monitorizan la temperatura de la droga, informan sobre la insulina activa, calculan los bolos y crean informes para compartir (estas últimas 2 acciones se hacen desde la aplicación). Vienen con una alarma de batería baja y la carga es a través de puertos USB. La información puede ser transmitida por cable o bluetooth a terminales Android o iPhone.

Una de las grandes ventajas es que las dosis podrán ajustarse hasta 0.1U de insulina a partir de una dosis mínima de 0.5U. Además, son compatibles con la mayoría de los cartuchos de 3 cc de insulina de las marcas más utilizadas.

Puertos para administrar insulina

Son dispositivos que permiten disminuir los pinchazos diarios sin tener que utilizar una bomba. Existen 2 marcas en el mercado, INSUFLON (de Convatec) e I-PORT ADVANCE (de Medtronic). Disponen de una cánula que se inserta a través de una aguja en el tejido subcutáneo (I-Port además tiene un pinchador automático). Insertada la cánula, se retira la aguja. La cánula se mantiene mediante un pequeño apósito y se cambia cada 3 días. A través de la parte que queda en el exterior (que además presenta una pequeña membrana), se inyecta la insulina usando una pluma o una jeringuilla.

Bombas

Son dispositivos que infunden insulina al líquido extracelular de forma continua. Intentan simular la secreción fisiológica, alcanzar el control metabólico y disminuir el riesgo de hipoglucemias. En caso de cubrir la ingesta alimentaria o ante picos de hiperglucemia, el paciente tiene que compensar con la aplicación de bolos a través de la misma bomba.

Las bombas también registran las dosis proporcionadas y las mediciones de glucosa, lo que permite adecuar las dosis basales y de bolos de acuerdo a las necesidades fisiológicas de cada momento del día.

Solo utilizan un tipo de insulina, los análogos de acción rápida.

Algunos metanálisis demostraron que el uso de bombas (vs administraciones múltiples de insulina) es más eficaz para mejorar el control metabólico y disminuir los eventos de cetoacidosis.

Sistemas integrados bomba-sensor

Existen sistemas integrados que permiten la aplicación de insulina, la interrupción en caso de hipoglucemia y la reanudación de la infusión al volver a superar los niveles programados. Los niveles de alarma se determinan según las necesidades de cada momento del día.

Sistemas de asa cerrada híbrida

Además de usar una bomba de insulina, monitorizan continuamente la glucosa y tienen un microprocesador que controla la infusión automática según los datos aportados por el sensor. Esto reduce la toma continua de decisiones por parte del paciente o su familia. Por otro lado, los bolos para cubrir las comidas deben ser programados y administrados manualmente a través de la bomba (15 a 20 minutos antes de la ingesta en caso de utilizar análogos de acción rápida o 5 a 10 minutos si opta por la rápida aspártica).

Si bien esta clase de dispositivos son los menos utilizados (por ser los más recientes), cuentan con la aprobación de la FDA y la agencia europea. Solo están permitidos para los mayores de 14 años.

Páncreas artificial

Estos sistemas, también de asa cerrada híbrida, funcionan como bombas automáticas que liberan la insulina necesaria según los valores de glucemia circulantes (cuentan con un sensor de monitoreo continuo).

En 2019, la Unión Europea aprobó el uso del Minimed 670G que puede programarse para liberar diferentes dosis de bolos y tiene distintos niveles de alarma. Esto ayuda a prevenir hipoglucemias en ayunas, postprandiales o post ejercicio.

En el 2020 se aprobó el uso del Medtronic MiniMed 780G autorizado para su uso en pacientes entre 7 y 80 años. Este sistema ajusta la insulina basal cada 5 minutos y realiza correcciones de hiperglucemia automáticamente, a la vez que protege de las hipoglucemias. Permite personalizar los objetivos de glucosa. Los datos y las tendencias, mediante bluetooth, pueden ser visualizados en tiempo real en una app en el smartphone de los usuarios.

Referencias:

Resumen de: R. Barrio Castellanos, P. Ros Pérez. Tecnología en la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica, disponible en: <https://bit.ly/3pnu36q>

- American Diabetes Association. Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*. 2020; 43: S163-S182. DOI: 10.2337/dic20-S013
- DiMeglio LA, Acerini CL, Codner E, Craig ME, Hofer SE, Pillay K, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Glycemic control targets and glucose monitoring for children, adolescents, and young adults with diabetes. *Pediatric Diabetes*. 2018; 19: 105-14. DOI: 10.1111/pedi.12737
- Battelino T, Conget I, Olsen B, Schütz-Fuhrmann I, Hommel E, Hoogma R, et al. The use and efficacy of continuous glucose monitoring in type 1 diabetes treated with insulin pump therapy: a randomised controlled trial. *Diabetología*. 2012; 55: 3155-62. DOI: 10.1007/s00125-012-2708-9
- Battelino T, Phillip M, Bratina N, Nimri R, Oskarsson P, Bolinder J. Effect of continuous glucose monitoring on hypoglycemia in type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 795-800. DOI: 10.2337/dc10-1989
- Danne Th, Nimri R, Battelino T, Close KL, DeVries JH, Garg S, et al. International Consensus on use of Continuous Glucose Monitoring. *Diabetes Care*. 2017; 40: 1631-64. DOI: 10.2337/dc17-1600
- Sangave NA, Aungst TD, Patel DK. Smart Connected Insulin Pens, Caps, and Attachments: A Review of the Future of Diabetes Technology. *Diabetes Spectr*. 2019; 32: 378-84. DOI: 10.2337/ds18-006
- Khan AM, Alswat KA. Benefits of using the i-Port System on insulin-treated patients. *Diabetes Spectr*. 2019; 32: 30-5. DOI: 10.2337/ds18-0015
- Pala L, Dicembrini I, Mannucci E. Continuous subcutaneous insulin infusion vs modern multiple injection regimens in type 1 diabetes: an updated meta-analysis of randomized clinical trials. *Acta Diabetol*. 2019; 56: 973-80. DOI: 10.1007/s00592-019-01326-5.

Traumatismo de cráneo cerrado en lactantes.

Publicado el 13/02/21

El traumatismo craneoencefálico (TEC) cerrado y leve en lactantes es un motivo de consulta frecuente en las centrales de emergencia. Si bien no suele asociarse con complicaciones severas, algunos pacientes pueden tener una lesión cerebral traumática clínicamente importante (ciTBI, por su sigla en inglés), que demande una observación prolongada o, incluso, una intervención neuroquirúrgica de urgencia.

En estas situaciones, las neuroimágenes con tomografía computarizada (TC) son muy sensibles para identificar las lesiones cerebrales que requieren intervención pero exponen a los pacientes a la radiación. Por ello, se realiza una anamnesis y un examen físico completos y se completa la evaluación con una regla de decisión clínica que identifique a los bebés con mayor riesgo de lesión cerebral traumática (TBI, por su sigla en inglés).

Esto minimiza el uso excesivo de tomografías en quienes tienen bajo riesgo.

Se define como “TEC cerrado y leve en menores de 2 años” a la herida provocada por un trauma contuso en la cabeza en un bebé o niño que está alerta o se despierta con la voz, la luz o el tacto (es decir, tiene puntuación 14 o 15 en la escala de coma de Glasgow). Hoy en día este término está clasificado como una verdadera entidad porque se sabe que menos del 5% de los pacientes con este cuadro tienen lesiones cerebrales en las imágenes y menos del 1% presentan ciTBI.

La ciTBI es una lesión cerebral concreta (contusión cerebral, hematoma epidural, subdural, etc.) que requiere internación en terapia intensiva, intubación endotraqueal, más de 2 noches de internación para la recuperación o provoca la muerte. También se incluye en esta definición a la fractura craneal con depresión de fragmentos que requiere intervención quirúrgica y a la fractura de cráneo que se presenta con hallazgos clínicos (equimosis periorbitaria, periauricular, hemotímpano, otorrea y/o rinorrea de líquido cefalorraquídeo, etc.). En contraposición, las lesiones identificadas en la TC que no requieren internación, intervención ni generan síntomas se las define como TBI.

La anamnesis de un niño con trauma cerrado y leve tiene en cuenta la edad y los antecedentes del paciente, el mecanismo de lesión, el tiempo transcurrido desde el evento, la presencia y la duración de la alteración de la conciencia, la presencia de vómitos. En el examen físico, además de la constatación del estado general, los signos vitales y la escala de Glasgow, se busca la presencia de hematoma, su tamaño y localización y si el paciente presenta foco neurológico. Para evaluar la necesidad de realizar una TC, se han desarrollado diferentes herramientas como el cuestionario PECARN (presentado varias veces en este portal), que consiste en una escala que contempla a casi todas las variables anteriormente mencionadas.

Recientemente apareció una nueva herramienta, prometedora por su simpleza y su aparente sensibilidad, el Infant Scalp Score (ISS, por su sigla en inglés). Está desarrollada para calcular el riesgo de lesión cerebral en niños con trauma cerrado leve que solo presenten hematoma del cuero cabelludo.

Un trabajo publicado en octubre del 2020 intentó validar este score en niños derivados a la central de emergencias con trauma previo y hematoma aislado del cuero cabelludo para estratificar el riesgo de ciTBI o TBI en TC.

Métodos

Se utilizaron los datos de TBI de la Red de Investigación Aplicada de Atención de Emergencia Pediátrica disponible públicamente. Seleccionaron bebés de hasta 1 año con Glasgow 14 o 15 que tenían "ISH", es decir, un hematoma del cuero cabelludo sin otros signos o síntomas de TBI. Las TC se obtuvieron a discreción del médico tratante. Calcularon el ISS para cada paciente y evaluaron la sensibilidad y la especificidad de la puntuación para ciTBI y TBI en la TC en un rango de puntos de corte de ISS.

Resultados

Se incluyeron 1289 lactantes de los cuales 462 (36%) se sometieron a una TC. 12 tenían ciTBI y 59 tenían TBI en TC. Un punto de corte de ISS mayor o igual de 4 tuvo una sensibilidad del 100% para ciTBI (intervalo de confianza [IC] del 95% = 0.74 a 1.0) y TBI, con una especificidad de 0.49 (IC del 95% = 0.46 a 0.51). Cuando el punto de corte de ISS fue mayor o igual de 5, la sensibilidad fue del 100% para el ciTBI (IC del 95% = 0.74 a 1.0) y una especificidad de 0.68 (IC del 95% = 0.66 a 0.71), pero omitió a 3 niños con TBI en la TC (ninguno de los cuales requirió intervención).

Conclusiones

El ISS estratificó con precisión el riesgo de ciTBI y TBI en la TC en bebés con ISH. Es una herramienta útil para guiar la toma de decisiones clínicas.

Referencia:

- Sara A Schutzman. Lise E Nigrovic. Rebekah Mannix. La puntuación del cuero cabelludo infantil: una herramienta validada para estratificar el riesgo de lesión cerebral traumática en bebés con hematoma aislado del cuero cabelludo. Acad Emerg Med. Enero de 2021; 28 (1): 92-97. doi: 10.1111 / acem.14087.

En el encierro aumenta la miopía en los niños.

Publicado el 28/01/21

La miopía es un problema de salud importante en todo el mundo y su prevalencia está en aumento. La OMS estima que la mitad de la población mundial podría ser miope en el año 2050. El poco tiempo dedicado a las actividades al aire libre fue reconocido como un factor de riesgo importante para el desarrollo de esta patología.

Durante la pandemia por COVID-19, la mayoría de los países mantuvieron cerradas las escuelas por diferentes períodos de tiempo. Como consecuencia, se estima que más de 220 millones de niños y adolescentes en el mundo fueron confinados a sus hogares. La educación on-line fue la estrategia para continuar con las clases pero es sabido que no todas las poblaciones cuentan con acceso a internet, a dispositivos adecuados ni con adultos que ayuden a los más pequeños a participar de este tipo de actividades.

En la actualidad, se teme que la disminución significativa del tiempo al aire libre y el aumento del uso de pantallas pudieran haber empeorado el número de niños con miopía (entre muchas otras morbilidades oculares y no oculares). A continuación se presenta una investigación al respecto.

Objetivo:

Investigar los cambios refractivos y la prevalencia de miopía en niños en edad escolar durante el confinamiento domiciliario por COVID-19.

Diseño, lugar y participantes:

Se desarrolló un estudio transversal prospectivo que utilizó proyecciones fotográficas en 123535 niños de 6 a 13 años de edad, de 10 escuelas primarias de Feicheng, China. El estudio se realizó durante 6 años consecutivos (2015-2020). Los datos se analizaron en julio de 2020. Se examinó la fotorrefracción no ciclopléjica usando un dispositivo de filtro de fotos.

Resultados principales:

Se registró la refracción equivalente esférica para cada niño y se calculó la prevalencia de miopía para cada grupo de edad durante cada año. La refracción equivalente esférica media y la prevalencia de miopía se compararon entre 2020 (después del confinamiento domiciliario) y los 5 años anteriores, para cada grupo de edad.

Resultados:

De los 123535 niños incluidos en el estudio, 64335 (52.1%) eran varones. Se lograron incluir en el análisis 194904 resultados de evaluaciones practicadas (es decir, 389808 ojos). Un cambio miope sustancial (aproximadamente -0.3 dioptrías [D]) se encontró en las proyecciones fotográficas escolares de 2020 en comparación con años anteriores (2015-2019) para los niños de 6 años (-0.32 D), 7 (-0.28 D) y 8 (-0.29 D) años. La prevalencia de miopía en las fotografías de 2020 fue mayor que la mayor prevalencia de miopía en 2015-2019 en niños de 6 (21.5% frente a 5.7%), 7 (26.2% vs 16.2%) y 8 (37.2% vs 27.7%) años. Las diferencias en el equivalente esférico refracción y

la prevalencia de miopía entre el 2020 y los años anteriores fueron mínimas en niños de 9 a 13 años.

Table 1. SER Values During Each Year in School-Aged Children

Age, y	No.	SER, mean (SEM) ^a					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
6	22 082	0.21 (0.01)	0.20 (0.01)	0.21 (0.01)	0.18 (0.01)	0.15 (0.01)	-0.17 (0.01)
7	27 979	0.03 (0.01)	0.02 (0.01)	0.02 (0.01)	-0.04 (0.01)	-0.03 (0.01)	-0.31 (0.01)
8	25 877	-0.19 (0.01)	-0.21 (0.01)	-0.28 (0.01)	-0.30 (0.01)	-0.30 (0.01)	-0.59 (0.01)
9	23 591	-0.57 (0.02)	-0.55 (0.01)	-0.65 (0.02)	-0.68 (0.01)	-0.66 (0.01)	-0.80 (0.01)
10	22 910	-0.95 (0.02)	-1.01 (0.02)	-1.04 (0.02)	-1.06 (0.02)	-1.03 (0.02)	-1.17 (0.02)
11	25 373	-1.39 (0.02)	-1.41 (0.02)	-1.43 (0.02)	-1.44 (0.02)	-1.45 (0.02)	-1.51 (0.02)
12	22 742	-1.66 (0.03)	-1.75 (0.02)	-1.71 (0.02)	-1.75 (0.02)	-1.82 (0.02)	-1.87 (0.02)
13	24 350	-2.07 (0.03)	-2.19 (0.02)	-2.35 (0.02)	-2.37 (0.02)	-2.49 (0.02)	-2.54 (0.02)

Abbreviation: SER, spherical equivalent refraction.

^a All findings were significant at $P < .001$, with values calculated by 1-way analysis of variance for SERs across 6 years.

Conclusiones y relevancia:

El confinamiento domiciliario durante la pandemia de COVID-19 está asociado con un empeoramiento significativo de la miopía en los niños de 6 a 8 años, de acuerdo con las proyecciones fotográficas escolares del 2020. Sin embargo, el estudio presenta numerosas limitaciones por lo que conviene tener precaución a la hora de interpretar estas asociaciones. El estado refractivo de los niños más pequeños puede ser más sensible a los cambios ambientales que el de las edades mayores dado que los primeros se encuentran en un período crítico para el desarrollo de la miopía.

Referencia:

Resumido de Jiaxing Wang, MD, PhD; Ying Li, MD, PhD; David C. Musch, Progression of Myopia in School-Aged Children After COVID-19 Home Confinement. JAMA Ophthalmology. doi:10.1001/jamaophthalmol.2020.6239 Published online January 14, 2021.

Banderas rojas en el dolor pelviano.

Publicado el 09/10/21

Síntomas de bandera roja:

- Masa pélvica.
- Embarazo.
- Sangrado y dolor vaginal en mujeres posmenopáusicas.
- Masa testicular/torsión.
- Fiebre persistente.
- Sangrado poscoital.
- Distensión abdominal.
- Incapacidad para orinar.

El dolor pélvico agudo se define como un dolor pélvico que dura menos de tres meses.

Es más común en mujeres que en hombres.

La mayoría de las mujeres experimentan un dolor pélvico leve en algún momento durante los períodos menstruales, la ovulación o las relaciones sexuales.

El dolor pélvico agudo es el motivo más común de examen laparoscópico urgente (datos del Reino Unido).

Varios sistemas de órganos pueden contribuir al dolor pélvico.

Los sistemas gastrointestinal, ginecológico, genitourinario y musculoesquelético deben ser considerados en pacientes que presentan este síntoma.

Es una presentación común en atención primaria.

La evaluación puede ser un desafío debido a un diagnóstico diferencial amplio y muchos signos y síntomas asociados son inespecíficos.

Preguntas que debes hacer:

El abordaje inicial del paciente con dolor pélvico incluye una historia clínica y un examen físico detallados y completos.

Es posible que la historia no dé como resultado un diagnóstico exacto, pero nos ayuda a enfocar el diagnóstico diferencial y guiar una evaluación adicional.

Evaluar la ubicación del dolor, ya sea constante o intermitente, la aparición y los síntomas asociados.

¿Es severo y es un dolor agudo o poco definido?

¿Ha ocurrido antes y, de ser así, qué lo empeoró o mejoró?

Si este dolor se experimentó antes, ¿cuál fue el resultado?

Los síntomas relevantes del sistema de órganos (urinarios, gastrointestinales y musculoesqueléticos) también deben revisarse, ya que existen muchas causas no ginecológicas de dolor pélvico.

En las mujeres, es importante tener una historia sexual detallada, ya que se debe considerar la enfermedad pélvica inflamatoria y el embarazo ectópico.

En el paciente masculino, es importante preguntar por dolor testicular, hematuria y secreción uretral.

Los antecedentes médicos y quirúrgicos anteriores también son importantes.

Cualquier antecedente de cirugía abdominal aumenta el riesgo de obstrucción intestinal.

La patología anexial (quiste ovárico o paratubario, hidrosálpinx) es un factor de riesgo de torsión anexial.

La historia social puede ser importante, especialmente si hay abuso de sustancias, antecedentes de violencia doméstica o comportamiento de alto riesgo.

Preguntá si se han realizado estudios de imágenes anteriores, como tomografías computarizadas o ecografías.

Los antecedentes familiares pueden ser relevantes (antecedentes de trastornos de la coagulación o anemias).

El examen clínico

Los signos vitales deben obtenerse de inmediato.

Si el paciente tiene hipotensión marcada, taquicardia o fiebre, se deben realizar una historia clínica enfocada y un examen físico dirigido al mismo tiempo para acelerar el tratamiento de emergencia.

En las mujeres, el examen pélvico debe realizarse además del examen abdominal.

Con consentimiento y si es necesario un acompañante, inspeccioná los genitales externos y utilizá un espéculo para visualizar la vagina y el cuello uterino.

Tomá hisopos si está indicado.

La vejiga, las paredes vaginales y los músculos elevadores deben palparse después del examen con espéculo para evaluar la sensibilidad.

En los hombres, se debe realizar un examen de los genitales y la próstata, incluida la palpación de la próstata y la vejiga.

En ambos sexos, los orificios herniarios deben examinarse junto con el tacto rectal si la historia lo sugiere.

También deben examinarse los músculos del suelo pélvico y los músculos de los muslos.

No te olvides hacer un test de embarazo, especuloscopia y una eco TV!

El manejo se basa en identificar y tratar la causa.

Debe evitarse el uso empírico de antibióticos y analgesia sin un diagnóstico claro.

Se requiere derivación si no se puede establecer el diagnóstico o si no hay respuesta al tratamiento en atención primaria.

Para pensar mandar a la guardia

- Sospecha de embarazo ectópico o parto prematuro
- Sospecha de desprendimiento de placenta o rotura uterina
- Evidencia de hernia inguinal o femoral estrangulada
- Dolor en un paciente hemodinámicamente inestable con signos de sepsis, por ejemplo, apendicitis, peritonitis o enfermedad pélvica inflamatoria aguda.
- Remisión de espera de dos semanas
- Sospecha de malignidad ginecológica, gastroenterológica o urológica

Referencias:

(1) Bernard M. Karnath, Daniel M. Breitkopf. Acute and chronic pelvic pain in women: review of clinical signs. *Hospital Physician* 2007; 41-8.

(2) Kruszka P, Kruszka S. Evaluation of acute pelvic pain in women. *Am Fam Physicians* 2010 Jul15; 82(2): 141-147.

(3) Potts J. Male pelvic pain: beyond urology and chronic prostatitis. *Current Rheumatology Reviews* 2016;12:27-39

Infecciones urinarias recurrentes.

Publicado el 20/02/21

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este problema puede limitarse a actividades con una pareja sexual específica u ocurrir con todas o la mayoría de las parejas sexuales.

La estrategia de una dosis única de antibiótico pericoital de baja dosis es efectiva.

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

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

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

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

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

El monitoreo de eventos adversos es importante mientras se reciben antibióticos profilácticos para la infección urinaria.

El término **bacteriuria asintomática** está evolucionando tras el reciente descubrimiento de un microbioma urinario sano en la vejiga.

Actualmente, el tratamiento de la bacteriuria asintomática solo está indicado antes de los procedimientos urológicos invasivos y durante el embarazo

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

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

Referencia:

(1) <https://bit.ly/3Ekyntm>

¿Cuáles son mis opciones anticonceptivas y qué eficacia tienen?

Publicado el 03/10/21



Referencia:

<https://bit.ly/3h1q6Gr>

Métodos anticonceptivos. Criterios de elegibilidad.

Publicado el 17/07/21

Cuadro 4.3. Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación de métodos anticonceptivos.

			ACD	ACI	AOSP	AMPD	DIU cobre
1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	Edad	Desde la menarca hasta los 18 años	1	1	1	2	2
		Desde los 18 a los 39 años	1	1	1	1	1
		Desde los 40 años y más	2	2	1	1/2 ¹	1
	Nulíparas		1	1	1	1	2
	Lactancia materna	Hasta las 6 semanas post parto	4	4	3 ²	3 ²	
		6 semanas a 6 meses post parto (con lactancia exclusiva)	3	3	1	1	
		6 meses post parto o más	2	2	1	1	
	Post parto (no amamantando)	Menor a 21 días	3/4 ³	3/4 ²	1	1	
		Entre 21 días y 42 días	2/3 ⁴	2/3 ⁴	1	1	
		Mayor a 42 días	1	1	1	1	
	Post parto (amamantando o no, incluido post cesárea)	Menor a 48 horas					1
		Entre 48 horas y 4 semanas					3
		Mayor a 4 semanas					1
	Post aborto	Primer trimestre	1	1	1	1	1
		Segundo trimestre	1	1	1	1	2
		Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	4
	Tabaquismo	Edad menor a 35 años	2	2	1	1	1
		Edad mayor o igual a 35 años y consume MENOS de 15 cig/día	3	2	1	1	1
		Edad mayor o igual a 35 años y consume MAS de 15 cig/día	4	3	1	1	1
	Obesidad (IMC mayor a 30 kg/m ²)		2	2	1	1	1

ACI: Anticonceptivos combinados inyectables,
 AOSP: Anticonceptivo oral sólo progestágeno (minipíldora y desogestrel),
 AMPD: Acetato de medroxiprogesterona de depósito (trimestral)

Aborto espontáneo incompleto.

Publicado el 11/06/21

El aborto espontáneo, definido como la pérdida espontánea de un embarazo antes de las 24 semanas de gestación, es común y aproximadamente el 25% de las mujeres experimentan un aborto espontáneo en su vida. Se estima que el 15% de los embarazos terminan en aborto espontáneo.

El aborto espontáneo puede provocar una morbilidad grave, que incluye hemorragia, infección e incluso la muerte, especialmente en entornos sin una atención sanitaria adecuada.

Los abortos espontáneos tempranos ocurren durante las primeras 14 semanas de embarazo y pueden tratarse de manera expectante, médica o quirúrgica.

Sin embargo, existe incertidumbre sobre la efectividad relativa y los riesgos de cada opción.

Objetivos

Estimar la efectividad relativa y los perfiles de seguridad para los diferentes métodos de tratamiento para el aborto espontáneo temprano y proporcionar clasificaciones de los métodos disponibles según su efectividad, seguridad y perfil de efectos secundarios mediante un metanálisis en red.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane de Ensayos clínicos aleatorios del Embarazo y el Parto (9 de febrero de 2021), ClinicalTrials.gov y en la Plataforma Internacional de Registros de Ensayos Clínicos de la OMS (ICTRP) (12 de febrero de 2021), y en las listas de referencias de los estudios recuperados.

Criterios de selección

Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios que evaluaban la efectividad o la seguridad de los métodos para el tratamiento del aborto espontáneo.

El aborto espontáneo temprano se definió como menor o igual a las 14 semanas de gestación e incluyó el aborto espontáneo perdido e incompleto.

El tratamiento de los abortos espontáneos tardíos después de las 14 semanas de gestación (a menudo denominados muertes fetales intrauterinas) no fue elegible para su inclusión en la revisión.

Los ensayos grupales y cuasi aleatorios fueron elegibles para su inclusión.

Los ensayos aleatorios publicados sólo como resúmenes fueron elegibles si se podía recuperar información suficiente.

Se excluyeron los ensayos no aleatorios. Recogida y análisis de datos

Al menos tres revisores evaluaron de forma independiente los ensayos para la inclusión y el riesgo de sesgo, extrajeron los datos y verificaron su exactitud.

Se estimaron los efectos relativos y las clasificaciones para los resultados primarios de aborto espontáneo completo y el resultado compuesto de muerte o complicaciones graves.

La certeza de la evidencia se evaluó mediante GRADE. Los efectos relativos de los resultados primarios se informan en subgrupos según el tipo de aborto espontáneo (aborto espontáneo incompleto y perdido).

También se realizaron metanálisis por pares y metanálisis en red para determinar los efectos relativos y las clasificaciones de todos los métodos disponibles.

Resultados principales

El metanálisis en red incluyó 78 ensayos aleatorios que incluyeron a 17 795 mujeres de 37 países. La mayoría de los ensayos (71/78) se realizaron en contextos hospitalarios e incluyeron mujeres con abortos espontáneos incompletos o perdidos.

En 158 brazos del ensayo, se utilizaron los siguientes métodos:

Misoprostol: 51 brazos del ensayo (33%);

Aspiración por succión 50 (32%);

Tratamiento expectante o placebo 26 (16%);

Dilatación y legrado 17 (11%) ;

Mifepristona y misoprostol 11 (6%) ; y

Aspiración por succión más preparación cervical 3 ramas (2%).

De estos 78 estudios, 71 (90%) aportaron datos en una forma utilizable para el metanálisis.

Aborto espontáneo completo

Sobre la base de los efectos relativos del metanálisis en red de 59 ensayos (12 591 mujeres), se encontró que **cinco métodos pueden ser más efectivos que el tratamiento expectante o el placebo** para lograr un aborto espontáneo completo:

- **Aspiración por succión después de la preparación cervical** (cociente de riesgos (OR) 2,12; intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,41 a 3,20, evidencia de certeza baja),
- **Dilatación y legrado** (OR 1,49; IC del 95%: 1,26 a 1,75, evidencia de certeza baja),
- **Aspiración por succión** (OR 1,44; IC del 95%: 1,29 a 1,62, evidencia de certeza baja),

- **Mifepristona + misoprostol** (OR 1,42; IC del 95%: 1,22 a 1,66; evidencia de certeza moderada),
- **Misoprostol** (OR 1,30; IC del 95%: 1,16 a 1,46, evidencia de certeza baja).

Conclusiones

→ El método quirúrgico mejor clasificado fue la aspiración por succión después de la preparación cervical.

→ El tratamiento no quirúrgico mejor clasificado fue la mifepristona más misoprostol.

→ Todos los métodos quirúrgicos se clasificaron por encima de los métodos médicos, que a su vez se clasificaron por encima del manejo expectante o el placebo.

Resultado compuesto de muerte y complicaciones graves

Sobre la base de los efectos relativos del metanálisis en red de 35 ensayos (8161 mujeres), se encontró que cuatro métodos con datos disponibles eran compatibles con una amplia gama de efectos del tratamiento en comparación con el tratamiento expectante o el placebo:

- Dilatación y legrado (OR 0,43; IC95%: 0,17 a 1,06, evidencia de certeza baja),
- Aspiración por succión (OR 0,55; IC95%: 0,23 a 1,32, evidencia de certeza baja),
- Misoprostol (OR 0,50; IC95%: 0,22 a 1,15, evidencia de certeza baja),
- Mifepristona y misoprostol (OR 0,76; IC95%: 0,31 a 1,84, evidencia de certeza baja).

Es importante destacar que no se informaron muertes en estos estudios, por lo que este resultado compuesto estuvo compuesto en su totalidad por complicaciones graves, incluidas transfusiones de sangre, perforaciones uterinas, histerectomías e ingresos a la unidad de cuidados intensivos.

El tratamiento expectante y el placebo se clasificaron como los más bajos en comparación con las intervenciones de tratamiento alternativo.

Los análisis de subgrupos por tipo de aborto espontáneo (incompleto) coincidieron con el análisis general en que los métodos quirúrgicos fueron el tratamiento más efectivo, seguidos de los métodos médicos y luego el manejo expectante o el placebo, pero existen posibles diferencias de subgrupos en la efectividad de los métodos disponibles.

El tratamiento expectante o el placebo tuvieron la mayor probabilidad de complicaciones graves, incluida la necesidad de una cirugía no planificada o de emergencia.

Referencia:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012602.pub2/full/es>

Aspirina en dosis bajas para mujeres con antecedentes de abortos espontáneos.

Publicado el 17/09/21

Para las personas que han experimentado una o dos abortos espontáneos, la indicación de dosis bajas de aspirina antes de la concepción es una recomendación de grado 2C.

Si bien la aspirina en dosis bajas (81 mg) mejora los resultados del embarazo para las personas con alto riesgo de preeclampsia o con síndrome antifosfolípido, no había mostrado beneficios estadísticamente significativos en un ensayo controlado de aspirina de bajas dosis con placebo en más de 1200 pacientes con una o dos pérdidas previas del embarazo. (1)

Una limitación del ensayo fue la baja tasa de adherencia evaluada midiendo el peso de los frascos de píldoras a intervalos regulares durante el seguimiento.

Pero en un nuevo análisis de este ensayo que utilizó datos detallados de adherencia y ajuste para los factores de confusión, la baja dosis de aspirina comenzando antes de la concepción y continuando durante todo el embarazo (al menos 4 días a la semana) se asoció con aproximadamente un 30% menos de pérdidas de embarazo y un 30% más de nacidos vivos en comparación con placebo.

Sobre la base de estos hallazgos y el perfil de seguridad de baja dosis de aspirina en otras poblaciones embarazadas, surge esta recomendación de baja dosis de aspirina al inicio preconcepcional para mujeres que han experimentado uno o dos abortos espontáneos, pero no para aquellas que son nulíparas o que no han tenido una pérdida previa.

Referencia:

(1) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33493011/>

Las cesáreas son cada vez más frecuentes.

Publicado el 27/06/21

Las tasas de cesáreas continúan aumentando, en medio de crecientes desigualdades en el acceso: OMS

Si bien una cesárea puede ser una cirugía esencial y que salva vidas, puede poner a las mujeres y los bebés en un riesgo innecesario de problemas de salud a corto y largo plazo si se realiza cuando no hay una necesidad médica.

No todas las cesáreas que se realizan en este momento son necesarias por motivos médicos.

Ahora representa más de 1 de cada 5 (21%) de todos los partos.

Se espera que este número continúe aumentando durante la próxima década, y es probable que casi un tercio (29%) de todos los nacimientos se produzcan por cesárea para 2030.

Las cesáreas pueden ser esenciales en situaciones como:

- * Parto prolongado u obstruido,
- * Sufrimiento fetal o
- * Distocia fetal.

Como ocurre con todas las cirugías, pueden tener riesgos.

Estos incluyen la posibilidad de:

- * Sangrado abundante,
- * Infección,
- * Tiempos de recuperación más lentos después del parto,
- * Retrasos en el establecimiento de la lactancia materna y el contacto piel con piel, y
- * Mayor probabilidad de complicaciones en embarazos futuros.

La desigualdad es la constante

Existen discrepancias significativas en el acceso de una mujer a las cesáreas, según el lugar del mundo en el que viva.

En los países menos desarrollados, alrededor del 8% de las mujeres dieron a luz por cesárea y sólo el 5% en África subsahariana, lo que indica una preocupante falta de acceso a esta cirugía que les salvó la vida.

Por el contrario, en **América Latina y el Caribe, las tasas llegan a 4 de cada 10 (43%)** de todos los nacimientos.

En cinco países (República Dominicana, Brasil, Chipre, Egipto y Turquía), las cesáreas superan en número a los partos vaginales.

Las tasas de cesáreas en todo el mundo han aumentado alrededor del 7% en 1990 al 21% en la actualidad, y se prevé que continúen aumentando durante la década actual.

Si esta tendencia continúa, para 2030 es probable que las tasas más altas se encuentren en:

- Asia Oriental (63%),
- América Latina y el Caribe (54%),
- Asia Occidental (50%),
- África del Norte (48%) y
- Sur de Europa (47%).
- Australia y Nueva Zelanda (45%).

Se necesita atención de calidad centrada en la mujer para abordar el uso elevado de cesáreas.

Las causas del uso tan alto de cesáreas varían ampliamente entre y dentro de los países.

Los impulsores incluyen políticas y financiamiento del sector de la salud, normas culturales, percepciones y prácticas, tasas de nacimientos prematuros y calidad de cuidado de la salud.

En lugar de recomendar tasas objetivo específicas, la OMS subraya la importancia de centrarse sobre las necesidades únicas de cada mujer durante el embarazo y el parto.

Es importante que todas las mujeres puedan hablar con los proveedores de atención médica y ser parte de la toma de decisiones sobre su nacimiento, recibir información adecuada incluyendo los riesgos y beneficios.

La OMS recomienda algunas acciones no clínicas que puede reducir el uso médicamente innecesario de cesáreas, dentro del contexto de atención de alta calidad y respeto:

* **Intervenciones educativas** que involucran a las mujeres de manera activa en la planificación de su parto, como talleres de preparación para el parto, programas de relajación y apoyo psicosocial donde se desee, para quienes tienen miedo al dolor o la ansiedad.

La implementación de tales iniciativas debe incluir un seguimiento y una evaluación continuos.

* **Uso de guías clínicas basadas en evidencia**, realizando auditorías periódicas de las prácticas de cesárea en los establecimientos de salud y proporcionando retroalimentación oportuna a los profesionales de la salud sobre los hallazgos.

* **Requisito de una segunda opinión médica** para la decisión de una cesárea en entornos donde esto sea posible.

- Con el único propósito de reducir las cesáreas, algunos países han puesto a prueba algunas intervenciones, pero requieren una investigación más rigurosa:
- Un modelo de atención colaborativo de obstetricia y obstétricas, para el cual la atención es brindada principalmente por parteras, con el respaldo de un obstetra dedicada las 24 horas.
- Estrategias financieras que igualen los honorarios cobrados por partos vaginales y cesáreas.

Referencia:

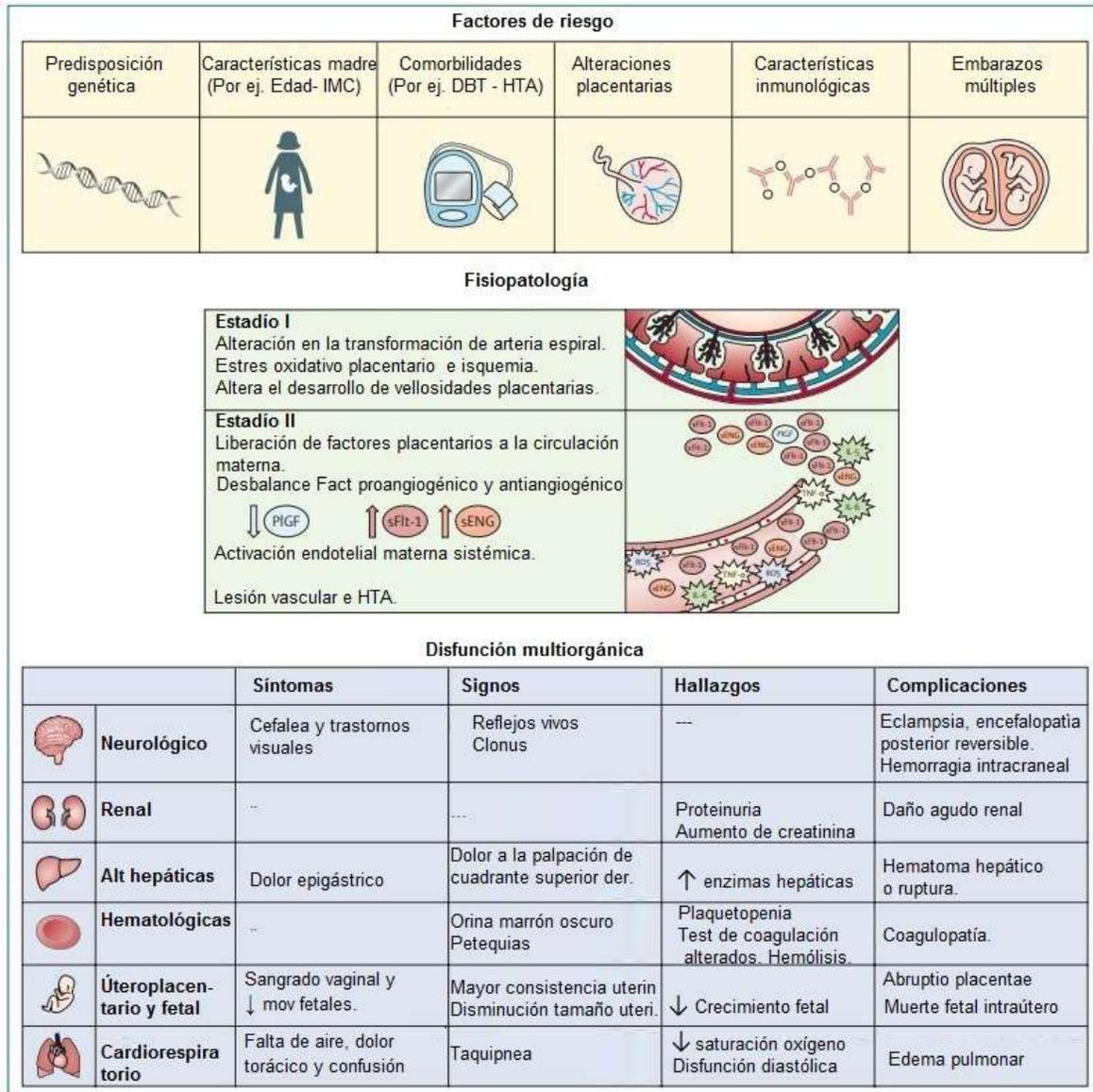
<https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671.full?ijkey=JgilzebteZPF03j&keytype=ref>

Pre-eclampsia

Publicado el 06/06/21

El Lancet acaba de sacar una actualización en Pre-eclampsia muy interesante.

Aquí una imagen que resume la fisiopatología y los conceptos clínicos.



Referencia:

<https://bit.ly/3vOYwMO>

El rastreo de cáncer de ovario

Publicado el 20/05/21

El cáncer de ovario es una enfermedad agresiva, con una supervivencia del 35% a 10 años. Es difícil de diagnosticar y más de la mitad de los casos se diagnostican cuando la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas.

Los resultados de un gran ensayo británico en el que participaron más de 200.000 mujeres que fueron seguidas durante una media de 16 años han resultado negativos en cuanto al rastreo. Los investigadores encontraron que el diagnóstico anual de cáncer de ovario con evaluación multimodal (MMS) o eco transvaginal no redujo el número de muertes por este cáncer agresivo, a pesar de que la MMS seleccionó la enfermedad en etapa temprana.

El Ensayo colaborativo de detección del cáncer de ovario del Reino Unido (UKCTOCS) es el primero que muestra que el rastreo puede detectar el cáncer de ovario antes. Sin embargo, a pesar del tamaño muestral y lo riguroso de su análisis, muestra claramente que el rastreo utilizando cualquiera de los enfoques no disminuyó la mortalidad.

El estudio se publicó en Lancet (1) y aparece en la edición en línea del 12 de mayo. El ensayo involucró a un total de 202.562 mujeres posmenopáusicas evaluables de 50 a 74 años que fueron reclutadas a través del National Health Service (NHS) Trust en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte y asignadas (al azar) a: 1. Ecografía transvaginal anual vs 2. Análisis multimodal (MMS) anual que incluía un análisis de sangre CA125 seguido de una ecografía vs 3. No seguimiento. El resultado primario fue la muerte por cáncer de ovario o de trompas.

Con una mediana de seguimiento de 16,3 años, la incidencia y la mortalidad por cáncer de ovario y de trompas fueron idénticas en los tres grupos, con 1% para la incidencia de cáncer de ovario y de trompas y 0,6% de riesgo de muerte. Los resultados finales fueron quizás incluso más decepcionantes porque la rama MMS detectó la enfermedad en una etapa más temprana. A los 9,5 años después del final del rastreo, hubo un 47,2% más de incidencia de enfermedad en estadio I en el grupo MMS en comparación con el grupo sin cribado, así como una incidencia 24,5% menor de enfermedad en estadio IV. En general, hubo 39,2% más de incidencia de cáncer en estadio I o II y 10,2% menos de incidencia de cáncer en estadio III o IV en el grupo de MMS en comparación con el grupo sin rastreo. Hubo pocos cambios en la incidencia de la enfermedad en estadio III.

¿Por qué el hallazgo de una enfermedad en una etapa más temprana no se traduce en una reducción general de las muertes?

El cáncer de ovario es una enfermedad agresiva y quizás los tratamientos que estaban disponibles en ese momento (hace 10 años) no eran capaces de detener su progresión. En este ensayo de detección participaron mujeres sanas sin síntomas y sin antecedentes familiares de cáncer de ovario.

El ensayo UKCTOCS no es el primero de detección a gran escala que muestra que la detección anual del cáncer de ovario no reduce la mortalidad durante un período de seguimiento a largo plazo. El primer ensayo controlado aleatorio de detección de cáncer de ovario que tenía el poder para evaluar la mortalidad específica por cáncer fue el ensayo de detección de cáncer de próstata, pulmón, colorrectal y ovario (PLCO). En ese ensayo se asignó al azar a más de 68.000 mujeres para someterse a una prueba anual de CA125 combinada con una ecografía transvaginal vs recibir la

atención habitual. Después de una mediana de seguimiento de 12,4 años, no se encontró que las pruebas de detección redujeran la mortalidad por cáncer de ovario. Además, casi el 10% de las mujeres del grupo de intervención recibieron un diagnóstico falso positivo. Una proporción considerable de esas pacientes se sometió posteriormente a cirugía.

Los editorialistas señalan que en el ensayo actual del Reino Unido, la incidencia de cáncer de ovario en estadio IV puede haber sido menor entre las mujeres del grupo MMS en comparación con las mujeres del grupo sin detección. Sin embargo, de manera algo paradójica, "esta diferencia estuvo acompañada de una tasa de letalidad más alta para los cánceres en etapa I (14,8% en el grupo MMS frente a 9,4% en el grupo sin detección)", observan los editorialistas. Una limitación del estudio es que los investigadores no analizaron la mortalidad sobre la base de los histotipos de cáncer de ovario, como el cáncer de ovario seroso de alto grado, el histotipo más común y letal.

Los autores del estudio sostienen que los enfoques alternativos de detección que se dirigen a mujeres de alto riesgo y no a mujeres de la población general podrían resultar más efectivos para reducir las muertes por cáncer de ovario y pueden disminuir la posibilidad de daños por pruebas de detección de resultados falsos positivos.

El estudio fue financiado por el Instituto Nacional de Investigación en Salud, Cancer Research UK y Eve Appeal.

Referencias:

(1) [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00731-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00731-5/fulltext)

(2) [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01061-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01061-8/fulltext)



Royal College
of Physicians

Caídas y fracturas por fragilidad Programa Audit

Cómo medir la TA acostado y parado como parte de la valoración de caídas.

1. Identificar si necesitas asistencia para parar al paciente mientras simultáneamente se registra la TA. 
2. Usar un tensiómetro manual y corroborar las cifras con el automático
3. Explicar el procedimiento al paciente.

Acostado	0 min	Pedirle al paciente que se acueste y repose por 5 minutos. 
	5 mins	Medir la TA 
Parado	0 - 1 mins ↓	Pedirle al paciente que se levante (ver si necesita ayuda para hacerlo). Medir la TA después de pararse en el primer minuto . 
	3 mins	Medir la TA nuevamente después del minuto 3. 
	↓	Repetir la medición si la TA está cayendo.  Si la prueba es positiva se repite regularmente hasta que resuelva. Si hay síntomas o los mismos cambian, también se repite la prueba.

Un resultado positivo es:

- a) Una caída en la TA de 20 mmHg o más (con o sin síntomas).
- b) Una caída por debajo de 90 mmHg al pararse aún si la caída es de menos de 20 mmHg (con o sin síntomas)
- c) Una caída de la TA de 10 mm Hg con síntomas (aún si son clínicamente menos significativos que una caída en la TA sistólica)

Estar atento y registrar:

Mareos, cabeza en el aire, palidez, alteraciones visuales, sensación de debilidad y palpitaciones.

Tenga en cuenta indicar medidas para prevenir caídas.

¿Cuál es la asociación entre el deterioro cognitivo y el hipotiroidismo?

Publicado el 16/09/21

En este análisis de datos de participantes individuales de 23 cohortes, incluidos 74.565 participantes con función cognitiva y/o mediciones de demencia, la disfunción tiroidea subclínica no se asoció con la función cognitiva global al inicio (diferencia de medias estandarizada, (-0,02 para el hipertiroidismo subclínico y 0,05 para el hipotiroidismo subclínico) o disminución anual (diferencia de medias estandarizada, (0,02 para el hipertiroidismo subclínico y -0,00 para el hipotiroidismo subclínico).

Significado.

Estos hallazgos **NO respaldan la necesidad de realizar pruebas de detección de disfunción tiroidea subclínica para la prevención del deterioro cognitivo o la demencia.**

Importancia.

En las guías clínicas, la disfunción tiroidea manifiesta y subclínica se menciona como factores causales y tratables del deterioro cognitivo.

Sin embargo, la literatura científica sobre estas asociaciones muestra hallazgos inconsistentes.

Objetivo

Evaluar las asociaciones transversales y longitudinales de la disfunción tiroidea basal con la función cognitiva y la demencia.

Diseño, entorno y participantes:

Este análisis de datos de participantes individuales de varias cohortes evaluó 114.267 años-persona (mediana, 1,7-11,3 años) de seguimiento para la función cognitiva y 525.222 años-persona (mediana, 3,8-15,3 años) para la demencia entre 1989 y 2017.

Los análisis sobre la función cognitiva incluyeron 21 cohortes con 38.144 participantes.

Los análisis sobre demencia incluyeron ocho cohortes con un total de 2033 casos con demencia y 44 573 controles.

El análisis de datos se realizó desde diciembre de 2016 hasta enero de 2021.

Exposiciones.

La función tiroidea se clasificó como:

- Hipertiroidismo manifiesto,
- Hipertiroidismo subclínico,

- Eutiroidismo,
- Hipotiroidismo subclínico e
- Hipotiroidismo manifiesto

Según los valores de corte de TSH uniformes y los valores de tiroxina libre específicos del estudio.

Principales resultados y medidas.

El resultado principal fue la función cognitiva global, principalmente medida mediante el Mini Examen del Estado Mental.

La función ejecutiva, la memoria y la demencia fueron resultados secundarios.

Los análisis se realizaron primero a nivel de estudio utilizando regresión lineal multivariable y regresión de Cox multivariable, respectivamente.

Los estudios se combinaron con un metanálisis de máxima verosimilitud restringida.

Para superar el uso de diferentes escalas, los resultados se transformaron en diferencias de medias estandarizadas.

Para la demencia incidente, se calcularon los cocientes de riesgo.

Resultados.

Entre 74.565 participantes en total, 66.567 (89,3%) participantes tenían función tiroidea normal, 577 (0,8%) tenían hipertiroidismo manifiesto, 2557 (3,4%) tenían hipertiroidismo subclínico, 4167 (5,6%) tenían hipotiroidismo subclínico y 697 (0,9%) tenían % tenía hipotiroidismo manifiesto.

La mediana de edad específica del estudio al inicio del estudio varió de 57 a 93 años; 42.847 (57,5%) participantes eran mujeres.

La disfunción tiroidea no se asoció con la función cognitiva global; las mayores diferencias se observaron entre el hipotiroidismo manifiesto y el eutiroidismo, de forma transversal (-0,06 diferencia media estandarizada en la puntuación; IC 95%, -0,20 a 0,08; $P = 0,40$) y longitudinalmente (0,11 diferencia media estandarizada de mayor disminución por año; IC95 % , -0,01 a 0,23; $P = .09$).

No se observaron asociaciones consistentes entre la disfunción tiroidea y la función ejecutiva, la memoria o el riesgo de demencia.

Conclusiones y relevancia

En este análisis de datos de participantes individuales de más de 74 000 adultos, el hipotiroidismo y el hipertiroidismo subclínicos no se asociaron con la función cognitiva, el deterioro cognitivo o la demencia incidente. No se pueden sacar conclusiones rigurosas con respecto al papel de la disfunción tiroidea manifiesta en el riesgo de demencia.

Estos hallazgos no apoyan la práctica de detección de disfunción tiroidea subclínica en el contexto de deterioro cognitivo en adultos mayores como se recomienda en las guías actuales.

Referencia:

JAMA Intern Med. Publicado en línea el 7 de septiembre de 2021. doi: 10.1001 /
jamainternmed.2021.5078

Los riesgos de indicar anticolinérgicos en ancianos.

Publicado el 11/09/21

La acetilcolina es el neurotransmisor clave en las vías colinérgicas, con funciones excitadoras e inhibitoras en el sistema nervioso central, autónomo y somático.

En el sistema parasimpático, sus efectos son contraer el músculo liso, reducir la frecuencia cardíaca, dilatar los vasos sanguíneos y aumentar las secreciones corporales.

Centralmente, juega un papel importante en la excitación, el aprendizaje, la memoria y el control motor.

Los fármacos anticolinérgicos, que alteran las vías colinérgicas, se utilizan habitualmente en la práctica clínica para el tratamiento de muchas enfermedades que afectan a los adultos mayores.

Para algunos de estos fármacos, los efectos anticolinérgicos son el propio mecanismo de acción terapéutico (p. ej., oxibutinina, utilizada para tratar algunas formas de incontinencia urinaria).

Para otros, los efectos anticolinérgicos son secundarios a su mecanismo de acción principal (por ej., amitriptilina, utilizada para tratar la depresión).

Como consecuencia, se puede subestimar la exposición acumulada a anticolinérgicos de las personas mayores que toman medicamentos para múltiples afecciones.

La suma de esta exposición se denomina carga anticolinérgica (CAA).

Al igual que con cualquier medicamento, además de los efectos terapéuticos, también habrá efectos adversos: “Muéstreme un medicamento sin efectos secundarios y le mostraré un medicamento sin efecto” (Profesor Sir Derrick Dunlop).

En el caso de los fármacos anticolinérgicos, algunos efectos adversos son a corto plazo y obvios (por ej., sequedad de boca, constipación), mientras que otros pueden ser insidiosos e irreversibles; una de estas preocupaciones relacionadas con la CAA a largo plazo es una posible contribución al deterioro cognitivo y la demencia.

En los últimos años, se han desarrollado múltiples puntajes de calificación para ayudar a los médicos a cuantificar la CAA para individuos.

Sin criterios universalmente acordados, cada una de estas puntuaciones incluye fármacos diferentes y varía la clasificación de los fármacos incluidos.

A nivel de población, la CAA parece estar fuertemente asociada con futuros resultados de salud adversos, independientemente de la herramienta de medición utilizada.

Sin embargo, existe una variabilidad individual significativa en el impacto de CAA en la salud.

Esto no es sorprendente para un evento como el deterioro cognitivo, donde es probable que la respuesta de un individuo esté influenciada por múltiples factores, como la facilidad con la que el fármaco puede atravesar la barrera hematoencefálica protectora, las comorbilidades y el nivel socioeconómico.

Una reciente revisión Cochrane de Taylor - Rowan et al (1) intenta determinar si la carga anticolinérgica, definida por escalas reconocidas, es un factor pronóstico para el deterioro cognitivo futuro o la demencia en adultos mayores sin deterioro cognitivo.

Su revisión sistemática de la literatura identificó 25 estudios, 20 de los cuales eran estudios de cohortes longitudinales en entornos comunitarios.

El rango de edad promedio de cada estudio incluyó 968.428 participantes en total, de 52 a 83 años, y fueron en gran parte representativos de la población de "adultos mayores".

La CAA se evaluó con mayor frecuencia mediante una escala y el método para evaluar la medida de resultado de la demencia o el deterioro cognitivo varió ampliamente entre los estudios.

El metanálisis sugirió una posible duplicación del riesgo de demencia con la exposición al fármaco anticolinérgico y una mayor CAA aumenta el riesgo de demencia.

La evidencia identificada es de baja calidad.

En 23 de los 25 estudios incluidos, no se determinó la duración de la exposición y la adherencia a los fármacos anticolinérgicos.

La omisión de estos elementos limitó su comprensión del impacto de la exposición acumulativa en la "vida real", donde tan solo el 30% de los medicamentos recetados se toman según lo previsto por el prescriptor.

Las afecciones psiquiátricas no se controlaron en casi la mitad de los estudios, el riesgo de confusión no se pudo valorar adecuadamente.

Por ejemplo, la depresión puede ser un síntoma temprano de demencia y también aumentar la CAA a través de sus propios tratamientos farmacológicos, exagerando así la fuerza de la asociación.

Todos los datos de la revisión se obtuvieron a través de estudios observacionales, lo que limita la capacidad para ir más allá de las meras asociaciones para explorar la causalidad.

Dichos diseños de estudios no pueden excluir el sesgo de prescripción entre grupos.

Esto pone de relieve uno de los problemas clave de la investigación sanitaria actual.

Los ensayos de fármacos controlados aleatorios están diseñados principalmente para demostrar la eficacia del fármaco, más que la seguridad.

La notificación de los efectos adversos es variable, lo que dificulta la combinación de estos resultados importantes en los metanálisis, y la notificación clara del cumplimiento no fue clara.

Además, la mayoría son de duración relativamente corta, por lo general entre unas pocas semanas y cinco años, y tienden a reclutar personas relativamente más jóvenes con menos comorbilidades, que tienen un riesgo menor de eventos adversos relacionados con el fármaco.

En este contexto no se puede establecer una causalidad definitiva del daño relacionado con la medicación en los pacientes.

Esto es especialmente cierto cuando el daño se presenta como un “síndrome geriátrico”, como caídas o delirio, o cuando el efecto solo ocurre de manera insidiosa después de varios años de exposición.

Se están desarrollando ensayos para evaluar formalmente el riesgo de exposición a la CAA.

Es probable que se compare la deprescripción con la continuación del fármaco.

Probablemente pasarán varios años antes de que tengamos pruebas de ensayos controlados aleatorios que nos ayuden a comprender si la CAA contribuye directamente al deterioro cognitivo y la demencia en las personas mayores y en qué medida.

La investigación en este campo también se ve obstaculizada por la falta de una medida de CAA estandarizada y universalmente aceptada.

Como ocurre con todos los síndromes geriátricos, la complejidad de los factores que contribuyen al riesgo de deterioro cognitivo es múltiple y varía entre los individuos y dentro de ellos a lo largo del tiempo.

La incertidumbre permanece. Entonces, ¿qué deberíamos estar haciendo ahora mismo?

La toma de decisiones compartida, una característica clave de la atención médica de alta calidad, requiere una explicación de los riesgos y beneficios potenciales de las opciones de tratamiento.

No debemos ignorar su posible asociación con la CAA hasta que se demuestre definitivamente la causalidad.

Nuestros pacientes esperan transparencia.

¿Cuántas personas elegirían una opción de tratamiento que podría duplicar su riesgo de desarrollar demencia?

Además, algunas prescripciones de medicamentos anticolinérgicos, posiblemente del 30% al 50% de las prescripciones de antidepresivos, no tienen indicaciones basadas en evidencia y los beneficios a largo plazo son inciertos.

La experiencia del mundo real es de mala adherencia a algunos anticolinérgicos, lo que sugiere que los pacientes no están experimentando los resultados deseados con estas terapias.

Referencia:

<https://doi.org/10.1002/14651858.ED000154>

No combinar anticolinérgicos e inhibidores de colinesterasas.

Publicado el 24/05/21

Los anticolinérgicos, como los medicamentos para la vejiga hiperactiva (solifenacina) o los antihistamínicos de primera generación (difenhidramina, hidroxicina, dimenhidrinato) no solo producen efectos adversos por varios mecanismos (sedación por fijación a receptores H1 cerebrales y boca seca, retención urinaria y aumento de peso por estimulación de los receptores de serotonina, muscarina y alfa-adrenérgicos) sino que inhiben competitivamente la unión del neurotransmisor acetilcolina con su receptor (reduciendo así sus efectos).

Por otro lado, los inhibidores de la colinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina), utilizados en el tratamiento del deterioro cognitivo, actúan bloqueando la enzima acetilcolinesterasa, inhibiendo así la degradación de la acetilcolina.

Por lo tanto, las acciones farmacológicas de estos 2 grupos de medicamentos se oponen entre sí y su uso concomitante no solo reduce la eficacia de los fármacos antidemencia (cuyos beneficios son, en el mejor de los casos, modestos) sino que también aumentan el riesgo de aparición de los efectos adversos de los anticolinérgicos.

También es importante recordar que los anticolinérgicos afectan adversamente la cognición de los adultos mayores y más aún si tienen demencia.

Como conclusión, los inhibidores de colinesterasa son poco efectivos y, si se combinan con los anticolinérgicos, también pueden ser peligrosos.

Referencia:

<https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/ascp4-dont-use-anticholinergic-medications-concomitantly-with-cholinesterase-inhibitors-in-patients-with-dementia/>

Actividad física en ancianos.

Publicado el 13/07/21

La función física (es decir, la capacidad aeróbica, la velocidad de la marcha y la fuerza muscular) se ha propuesto como un biomarcador del envejecimiento saludable, ya que predice eventos adversos para la salud, discapacidad y mortalidad.

El papel del ejercicio físico como estrategia terapéutica para la prevención tanto de la enfermedad como del deterioro asociado de la capacidad funcional se ha enfatizado repetidamente.

Se ha demostrado que las intervenciones de ejercicio supervisado en personas mayores hospitalizadas (≥ 75 años) son seguras y eficaces para prevenir o atenuar el deterioro funcional y cognitivo.

Desafortunadamente, pocos estudios han explorado el papel potencial de las pautas de actividad física adaptadas para maximizar el efecto relacionado con el ejercicio en la función.

Además, el ejercicio no se ha integrado completamente en la práctica médica primaria o geriátrica y está casi ausente de la formación básica de la mayoría de los médicos y otros profesionales sanitarios.

Se deben evaluar un conjunto de pruebas de función física que incluyen el equilibrio de pie, la velocidad normal de la marcha y el tiempo para sentarse y pararse.

De la misma manera, una mayor fuerza de agarre se asocia con menores probabilidades de eventos adversos en la mayoría de los dominios de capacidad intrínseca y con una menor tasa de hospitalización (en hombres) en comparación con sus pares con un agarre más débil después de ajustar por carga de enfermedad.

Por lo tanto, la multimorbilidad, incluida la enfermedad cardiovascular, podría NO ser el factor más importante que modula los dominios individuales de la capacidad intrínseca que son responsables del deterioro funcional y la capacidad disminuida para completar las actividades de la vida diaria.

Además, las medidas de rendimiento físico, como la velocidad de la marcha, no solo son potentes marcadores de longevidad, sino también parece tener un papel más importante en la mortalidad cardiovascular y la mortalidad por todas las causas en comparación con otras medidas de actividad o función física.

Por lo tanto, monitorear y preservar la capacidad funcional en los adultos mayores es ahora un enfoque principal para los médicos en el manejo de las enfermedades cardiovasculares.

Se ha demostrado que la velocidad de la marcha juega un papel mediador en el efecto adverso de la sarcopenia (es decir, disminución de la masa y función muscular) sobre la dependencia funcional, después de ajustar por edad, sexo e índice de masa corporal.

Los adultos mayores que presentaban características de sarcopenia, pero tenían una velocidad de marcha más rápida que sus pares más en forma, mostraron una mejor capacidad funcional en las

actividades de la vida diaria, porque la velocidad de la marcha media la relación entre la sarcopenia y la capacidad para completar las actividades de la vida diaria.

Puede que las medidas de rendimiento físico en los estudios de mortalidad contengan sesgos por enfermedades preexistentes (posiblemente a través de mecanismos distintos a la disminución de la función física relacionada con la enfermedad o la mortalidad), por ej. los ancianos que informaron una velocidad de caminata más rápida tenían una presión arterial sistólica más alta y mayor mortalidad, mientras que no hubo tal asociación en caminantes más lentos.

La fragilidad es otro síndrome clínico importante utilizado en medicina geriátrica.

Se refiere a un estado de salud distintivo relacionado con el envejecimiento en el que múltiples sistemas corporales pierden gradualmente su capacidad innata, lo que resulta en una disminución de las reservas fisiológicas y la resiliencia frente a los factores estresantes.

La inactividad física es un factor clave que contribuye a la sarcopenia, que parece ser un factor clave para la fragilidad.

En los últimos años, la fragilidad ha atraído un mayor interés debido a su relación directa con resultados de salud adversos como el deterioro físico y funcional, la hospitalización, la discapacidad asociada con la institucionalización, la reducción de la calidad de vida, el exceso de morbilidad y el aumento de la mortalidad.

En consecuencia, una comprensión importante sobre la fragilidad es que, al igual que con las enfermedades crónicas, el enfoque de los pacientes mayores debe estar en la funcionalidad y no en el diagnóstico de la enfermedad.

En los adultos mayores, en particular aquellos que son prefrágiles y frágiles, la hospitalización está fuertemente relacionada con el deterioro funcional y cognitivo, que a su vez se asocia con discapacidad sostenida, institucionalización y muerte.

Esta disminución en la capacidad para completar las actividades de la vida diaria se ha denominado discapacidad asociada al hospital, definida como la pérdida de la capacidad para completar una o más actividades de la vida diaria, como usar el baño, bañarse, vestirse, trasladarse de la cama a la silla o caminar de forma independiente después de una hospitalización aguda.

En las personas mayores que están hospitalizadas, las intervenciones de ejercicio supervisado han demostrado ser seguras y eficaces para atenuar el deterioro funcional y prevenir el deterioro cognitivo.

Las mejoras de la función física están mediadas por mejoras de la función cognitiva, que destaca el papel esencial de la cognición, específicamente las funciones ejecutivas, para mantener o promover la función física (por ej. equilibrio, marcha y fuerza muscular) en las personas mayores, especialmente en el caso de los programas de entrenamiento con ejercicios en el hospital.

De manera similar, se informó que un programa individualizado de entrenamiento con ejercicios multicomponente para adultos mayores podría revertir la pérdida de capacidad para completar las actividades de la vida diaria (es decir, uso del baño, transferencias, movilidad y subir escaleras) que ocurren con frecuencia durante la hospitalización.

Se demostró que esta modificación inducida por el entrenamiento de la trayectoria de la discapacidad asociada con la hospitalización es independiente de los cambios en la función física del paciente hospitalizado cuantificados por la Batería de rendimiento físico corto.

Por tanto, cada paciente, sea cual sea su nivel funcional, debe recibir una prescripción individualizada de ejercicio durante la hospitalización.

Por lo tanto, mejorar o mantener la función se convierte en la misión última de la atención médica de las personas mayores.

El ejercicio debe considerarse como una estrategia de tratamiento líder para prevenir el deterioro funcional y cognitivo en las personas mayores que a menudo se asocia con el reposo prolongado en cama durante la hospitalización.

De hecho, se ha demostrado que la mejor estrategia es prevenir el deterioro funcional en primer lugar, en lugar de intentar recuperar la función después de haberla perdido.

Por estas razones, la función física podría ser una medida simple y fácil de recopilar del estado general de salud física.

Los preparadores físicos deben incluirse en los sistemas de atención de la salud para ayudar a administrar programas de ejercicio físico para los pacientes mayores.

Teniendo en cuenta la evidencia actual sobre los beneficios del ejercicio para los adultos mayores frágiles, no es ético no prescribir ejercicio físico para tales personas.

Por lo tanto, para promover un envejecimiento saludable y digno, es esencial ayudar a los sistemas de atención médica a implementar de manera más eficiente programas de ejercicio basados en evidencia para adultos mayores frágiles en todas las comunidades y entornos de atención.

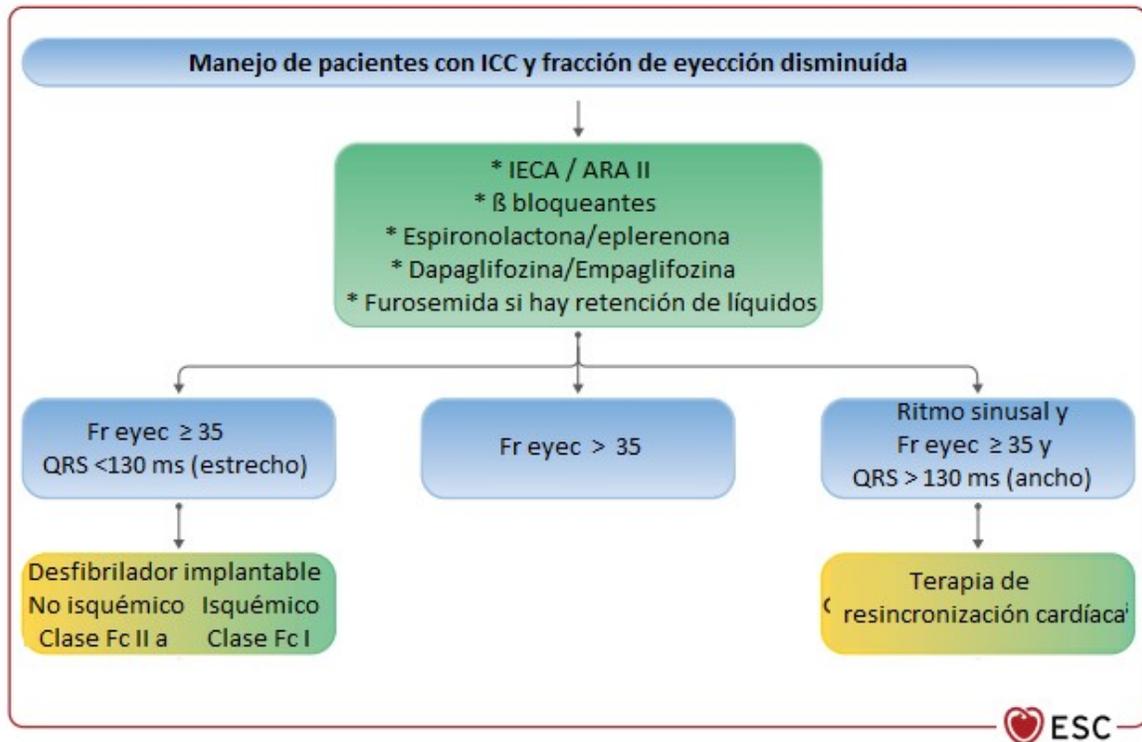
Referencia

[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(21\)00079-9/fulltext#.YLm35acowj4.twitter](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(21)00079-9/fulltext#.YLm35acowj4.twitter)

Problemas cardiovasculares

ICC. Actualización de la guía de la Sociedad Europea de Cardiología.

Publicado el 02/12/21



Referencia:

<https://bit.ly/3CU1vWO>

En qué casos solicitar un ecocardiograma NO cambia conducta.

Publicado el 14/11/21

Cuando solicitar un ecocardiograma no cambia conducta	
Soplo cardíaco <ul style="list-style-type: none">● Evaluar un soplo inocente. El mismo se define por un soplo sistólico de corta duración, Grado 1 o 2 de intensidad en el borde izquierdo del esternón. R2 normal, sin otro ruido o soplo, ni evidencia de hipertrofia o dilatación, sin frémitos y en ausencia de aumento al realizar la maniobra de Valsalva. Estos soplos son muy comunes en estados de alto gasto cardíaco como embarazo● Soplo que no se modifica en una persona asintomática con un ecocardiograma previo normal.	Derrame pericárdico <ul style="list-style-type: none">● Hacer un seguimiento de un pequeño derrame pericárdico sin consecuencias clínicas.
Insuficiencia cardíaca <ul style="list-style-type: none">● Valoración de pacientes que sólo presentan edemas de MMII y ningún otro síntoma que sugiera ICC con ECG y péptido natriurético normal.	Prequirúrgico <ul style="list-style-type: none">● Solicitar un ecocardiograma como prequirúrgico.● Cuando un paciente está en seguimiento (por ej. una enf valvular): Repetir el ecocardiograma sin cambio en su estatus clínico
HTA <ul style="list-style-type: none">● Solicitar de rutina un ecocardiograma a un paciente hipertenso de más de 40 años con ECG y examen clínico normal.	Miocardiopatía <ul style="list-style-type: none">● Repetir por rutina en pacientes clínicamente estables en quienes no se contempla un cambio en el tratamiento
Sospecha de trombo cardíaco <ul style="list-style-type: none">● Pacientes en quienes el ecocardiograma no modificará la decisión de comenzar la anticoagulación: por ej. pacientes con FA con evento cerebrovascular y sin sospecha de enf cardíaca estructural.	Enf cardíacas congénitas <ul style="list-style-type: none">● Historia familiar de miocardiopatía. Se debería pedir un eco a parientes de primer grado: Niños, hermanos), a menos que el especialista opine lo contrario.● Solicitar un ecocardiograma fuera de estas condiciones citadas sólo porque hay casos en otros familiares.
Enfermedad pulmonar <ul style="list-style-type: none">● Enfermedad pulmonar sin sospecha clínica de compromiso cardíaco o hipertensión pulmonar.	Consideraciones generales <ul style="list-style-type: none">● Repetir el eco. en ausencia de un cambio de signos o síntomas del paciente.● Pacientes con enfermedad terminal en los cuales un ecocardiograma no cambia conducta.● Pacientes frágiles en los cuales un ecocardiograma no cambia conducta.
Palpitaciones - Presíncope / Síncope <ul style="list-style-type: none">● Palpitaciones sin evidencia ECG o sospecha clínica estructural de enfermedad cardíaca estructural al examen físico.● Síncope vaso-vagal clásico.	

<https://www.bsecho.org/common/Uploaded%20files/Education/Posters/PUA005%20-%20article.pdf>

Solicitar un ecocardiograma en un paciente con síncope.

Publicado el 23/05/21

El síncope se define como una pérdida del conocimiento abrupta, transitoria y completa, asociada con incapacidad para mantener el tono postural, con recuperación rápida y espontánea. Es un motivo de consulta frecuente en la guardia e incluso en el consultorio.

Dado que se ha demostrado que el síncope se asocia con un aumento de la mortalidad, el objetivo principal de la evaluación de quienes los padecen es identificar las causas subyacentes modificables, en particular las cardíacas.

Las pautas actuales recomiendan realizar una historia completa que incluya interrogatorio, examen físico, medición de la presión arterial ortostática y ECG como evaluación inicial.

El ecocardiograma se utiliza con frecuencia como herramienta de diagnóstico en la evaluación del síncope. Se realiza en 39 a 91% de los pacientes que consultan por este problema. Sin embargo, su rendimiento diagnóstico para detectar anomalías clínicamente importantes en pacientes cuyos antecedentes, examen físico y electrocardiograma (ECG) son normales es extremadamente bajo.

Por el contrario, los ecocardiogramas realizados en pacientes con síncope con antecedentes cardíacos positivos o examen físico y/o ECG anormal identifican alguna anomalía en hasta el 29% de los casos, aunque estas anomalías no siempre son definitivamente la causa del síntoma.

Las guías clínicas para el manejo del síncope del Colegio Americano de Cardiología recomiendan realizar ecocardiograma **solo si la historia o el examen inicial sugieren una etiología cardíaca o si el ECG es anormal.**

Pedir ecocardio ante todas las consultas por síncope expone a un número significativo de pacientes a pruebas y costos innecesarios y no representa una atención de alto valor ni basada en la evidencia.

Situaciones en las que el ecocardiograma puede ser útil

El rendimiento diagnóstico del ecocardiograma es mayor en pacientes con antecedentes cardíacos positivos o ECG anormal. También puede ser de utilidad en pacientes con síncope y biomarcadores cardíacos anormales (péptido natriurético y troponina). Sin embargo, si bien algunos estudios han sugerido un papel de los biomarcadores en la diferenciación del síncope cardíaco del no cardíaco, las guías actuales establecen que la utilidad de estas pruebas es incierta.

¿Qué hacer en lugar de pedir un ecocardiograma en todas las consultas por síncope?

Examinar cuidadosamente a cada paciente en busca de hallazgos anormales en la historia, el examen físico y/o el ECG que sugieran una enfermedad cardíaca.

Los **antecedentes cardíacos relevantes** incluyen enfermedad coronaria conocida, enfermedad cardíaca valvular, arritmia, insuficiencia cardíaca congestiva y factores de riesgo de síncope cardíaco.

La definición de **ECG anormal** varía entre los estudios, pero las anormalidades que deben provocar un ecocardiograma incluyen arritmia, extrasístoles ventriculares, bloqueo cardíaco de segundo o tercer grado, bradicardia sinusal, bloqueo de rama o fascicular, hipertrofia ventricular izquierda, ST isquémico o cambios en la onda T, ondas Q o un intervalo QTc prolongado.

Las guías del Colegio Americano de Cardiología aclaran que: “Las imágenes cardíacas de rutina no son útiles en la evaluación de pacientes con síncope, a menos que se sospeche una etiología cardíaca sobre la base de hallazgos en una evaluación inicial, que incluya antecedentes, examen físico o ECG”.

Referencia:

Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70(5):620-633. PubMed



¿SABÍAS QUE...

OCTUBRE 2021

¿Sabías que una Revisión Cochrane analizó el efecto del ayuno intermitente (AI) comparado con dietas de restricción calórica continua (DRCC) y/o la dieta habitual (DH) en la prevención de enfermedad cardiovascular (ECV)?

El **Ayuno Intermitente** es una dieta que se popularizó recientemente.

Implica restringir la ingesta calórica por un período de tiempo. La revisión incluyó distintos tipos de AI: ayuno en días alternos, ayuno periódico y alimentación con tiempo restringido o *time-restricted feeding* (no consumir calorías por al menos 12hs y luego consumir lo que uno quiere).

El **objetivo principal** fue determinar su rol en la **reducción de eventos cardiovasculares (infarto, insuficiencia cardíaca, ACV, mortalidad cardiovascular) y mortalidad total.** También se evaluó su efecto en el peso, presión arterial, marcadores metabólicos subrogantes de ECV, efectos adversos y calidad de vida.

Se incluyó población mayor de 18 años con o sin ECV establecida.



RESULTADOS

NINGÚN ESTUDIO REPORTÓ RESULTADOS CON RESPECTO AL OBJETIVO PRINCIPAL (OUTCOMES DUROS).

- *AI vs DH*: Se observó una **diferencia estadísticamente significativa a favor del AI en algunos resultados secundarios** (peso, BMI, circunferencia de cintura, colesterol total, tensión arterial sistólica) **pero ésta NO fue clínicamente significativa** (es decir, una diferencia >5% del basal).
- *AI vs DRCC*: Se observó una diferencia estadísticamente significativa a favor del AI en peso y BMI pero NO clínicamente significativa. Ambas dietas generaron cambios similares en el resto de los resultados secundarios (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos, tensión arterial, glucemia, HbA1C, PCR).

La calidad de evidencia fue baja, con limitaciones en el diseño y reporte de los estudios, resultados heterogéneos, muestras pequeñas y seguimiento a corto plazo (3-6 meses).

CONCLUSIÓN

Se necesitan más estudios con tiempo de seguimiento más prolongado para poder determinar si esta dieta tiene un impacto clínicamente significativo en el peso, factores de riesgo o eventos cardiovasculares.

**Esta revisión fue presentada en el espacio de ateneo bibliográfico por Sofía Abud.*

**Link para acceder al artículo completo:*

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013496.pub2/full/es#CD013496-abs-0015>

Sirve la dieta vegana para disminuir las enfermedades cardiovasculares.

Publicado el 11/03/21

La dieta juega un papel importante en la etiología de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y, como factor de riesgo modificable, es el foco de muchas estrategias de prevención.

Recientemente, las dietas veganas han ganado popularidad y existe la necesidad de sintetizar la evidencia de ensayos clínicos existentes sobre su potencial en la prevención de las ECV.

Objetivos

Determinar la efectividad de seguir un patrón dietético vegano para la prevención primaria y secundaria de las ECV.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos electrónicas el 4 de febrero de 2020: el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE, Embase y Web of Science Core Collection. También se realizaron búsquedas en ClinicalTrials.gov en enero de 2021. No aplicamos restricciones de idioma.

Criterios de selección

Se seleccionaron ensayos controlados aleatorios (ECA) en adultos sanos y adultos con alto riesgo de ECV (prevención primaria) y aquellos con ECV establecida (prevención secundaria).

Un patrón dietético vegano excluye carne, pescado, huevos, lácteos y miel; la intervención podría consistir en asesoramiento dietético, suministro de alimentos relevantes o ambos. El grupo de comparación recibió ninguna intervención, una intervención mínima u otra intervención dietética.

Los resultados incluyeron eventos clínicos y factores de riesgo de ECV.

Se incluyeron sólo los estudios con períodos de seguimiento de 12 semanas o más, definidos como el período de intervención más el seguimiento posterior a la intervención.

Recolección y análisis de datos

Dos autores de la revisión evaluaron de forma independiente los estudios para su inclusión, extrajeron los datos y evaluaron los riesgos de sesgo.

Se utilizó GRADE para evaluar la certeza de la evidencia. Se realizaron tres comparaciones principales:

1. Intervención dietética vegana versus ninguna intervención o intervención mínima para prevención primaria;
2. Intervención dietética vegana versus otra intervención dietética para prevención primaria;
3. Intervención dietética vegana versus otra intervención dietética para prevención secundaria.

Resultados principales

13 ECA (38 artículos, siete registros de ensayos) y ocho ensayos en curso cumplieron los criterios de inclusión.

La mayoría de los ensayos contribuyeron a la prevención primaria: comparaciones 1 (cuatro ensayos, 466 participantes asignados al azar) y comparación 2 (ocho ensayos, 409 participantes asignados al azar).

Se incluyó sólo un ensayo de prevención secundaria para la comparación 3 (63 participantes asignados al azar).

Ninguno de los ensayos informó sobre criterios de valoración clínicos. Otros resultados primarios incluyeron niveles de lípidos y presión arterial.

Para la comparación 1 (prevención primaria), hubo evidencia de certeza moderada de cuatro ensayos con 449 participantes de que una dieta vegana probablemente condujo a una pequeña reducción del colesterol total (diferencia de medias (DM) $-9.27\text{mg}\%$; intervalo de confianza (IC) del 95%: -13.9 a -4.63) y LDL-c DM $-0,22$ mmol / L, IC del 95%: $-0,32$ a $-0,11$), una disminución muy pequeña en los niveles de HDL-c (DM $-0,08$ mmol / L, IC95%: $-0,11$ a $-0,04$) y un aumento muy pequeño en los niveles de triglicéridos (DM $0,11$ mmol / L, IC del 95%: $0,01$ a $0,21$).

Los cambios muy pequeños en los niveles de HDL y triglicéridos están en la dirección opuesta a la esperada.

No hubo pruebas de un efecto de la intervención dietética vegana sobre la presión arterial sistólica (DM $0,94$ mmHg, IC95%: $-1,18$ a $3,06$;

3 ensayos, 374 participantes) y la presión arterial diastólica (DM $-0,27$ mmHg, IC95%) $-1,67$ a $1,12$; 3 ensayos, 372 participantes) (evidencia de baja certeza).

Para la comparación 2, faltaron pruebas de un efecto de la intervención dietética vegana sobre los niveles de colesterol total (DM $-0,04$ mmol / L; IC95%: $-0,28$ a $0,20$; cuatro ensayos, 163 participantes; evidencia de certeza baja).

Probablemente hubo poco o ningún efecto de la intervención dietética vegana sobre el LDL (DM $-0,05$ mmol / L, IC95%: $-0,21$ a $0,11$; 4 ensayos, 244 participantes) o los niveles de HDL col (DM -

0,01 mmol / L, IC95% IC: -0,08 a 0,05; cinco ensayos, 256 participantes) o triglicéridos (DM 0,21 mmol / L; IC95%: -0,07 a 0,49; cinco ensayos, 256 participantes) en comparación con otras intervenciones dietéticas (evidencia de certeza moderada).

No hay mucha seguridad acerca de cualquier efecto de la intervención dietética vegana sobre la presión arterial sistólica (DM 0,02 mmHg, IC95%: -3,59 a 3,62) o la presión arterial diastólica (DM 0,63 mmHg, IC del 95%: -1,54 a 2,80; cinco ensayos, 247 participantes (evidencia de certeza muy baja)).

Sólo un ensayo (63 participantes) contribuyó a la comparación 3, en la que faltaron pruebas de un efecto de la intervención dietética vegana sobre los niveles de lípidos o la presión arterial en comparación con otras intervenciones dietéticas (evidencia de certeza baja o muy baja).

Cuatro ensayos informaron sobre eventos adversos, que estuvieron ausentes o fueron leves.

Conclusiones de los autores

Los estudios fueron generalmente pequeños y pocos participantes contribuyeron a cada grupo de comparación.

Ninguno de los estudios incluidos informa sobre eventos clínicos de ECV. Actualmente, no hay información suficiente para sacar conclusiones sobre los efectos de las intervenciones dietéticas veganas sobre los factores de riesgo de ECV.

Los ocho estudios en curso identificados se sumarán a la base de pruebas, y los ocho informarán sobre prevención primaria. Hay escasez de pruebas para la prevención secundaria.

Referencia:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013501.pub2/full>

Tabla de factores de riesgo CV en poblaciones de mediano y bajo ingreso. (Micelio)

Publicado el 24/10/21



¿SABÍAS QUE...

OCTUBRE 2021

¿Sabías que recientemente la OMS realizó un estudio en el cual adaptó y validó las tablas de RCVG* a países de medianos y bajos ingresos?

¿QUÉ CAMBIÓ?

Los modelos previos se recalibraron sistemáticamente teniendo en cuenta el perfil de factores de riesgo contemporáneo y la incidencia de enfermedades en 21 regiones del mundo, permitiendo así una identificación más precisa de personas con alto riesgo de enfermedad cardiovascular.

Los nuevos datos analizados mejoraron la validez y la posible generalización de los modelos de riesgo específicos por sexo y para cada resultado final analizado (infarto agudo de miocardio y ACV) generando la posibilidad de usar calculadoras específicas para cada región.

#MICELIOTIPS

Recomendamos descargar la APP "CardioCal", desarrollada por la OPS para calcular el RCVG. ¡Animate a explorarla!



[Para leer el artículo completo:](#)

THE WHO CVD RISK CHART WORKING GROUP. WORLD HEALTH ORGANIZATION CARDIOVASCULAR DISEASE RISK CHARTS: REVISED MODELS TO ESTIMATE RISK IN 21 GLOBAL REGION. LANCET GLOB HEALTH 2019;7: E1332-45. PUBLISHED ONLINE: SEPTEMBER 2, 2019.
[HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/S2214-109X\(19\)30318-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30318-3)

*RCVG: RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL

Proximamente...

Guía de recomendaciones sobre RCVG del Min. Salud

¿Medir factores de riesgo CV no tradicionales? No. Aún no.

Publicado el 16/10/21

En 2018, la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF) se expidió sobre los beneficios y daños de 3 factores de riesgo no tradicionales en la evaluación del riesgo cardiovascular:

1. Índice brazo-tobillo (IBT),
2. Proteína C reactiva de alta sensibilidad
3. Puntuación de calcio arterial coronario (CAC).

Fuentes de datos

MEDLINE, PubMed y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados para estudios publicados hasta el 22 de mayo de 2017.

La vigilancia continuó hasta el 7 de febrero de 2018.

En la revisión se seleccionaron estudios de adultos asintomáticos sin enfermedad cardiovascular conocida.

Extracción y síntesis de datos:

Fue realizada por 2 revisores independientes.

Principales resultados y medidas

Eventos cardiovasculares, mortalidad, medidas de desempeño de la evaluación de riesgos (calibración, discriminación o reclasificación de riesgos) y eventos adversos graves.

Resultados

Se incluyeron 43 estudios (N = 267.244).

Ningún ensayo con el poder estadístico adecuado ha evaluado el efecto clínico de la evaluación del riesgo con factores de riesgo no tradicionales sobre los resultados de salud del paciente.

La adición del IBT (10 estudios), el nivel de PCR (25 estudios) o la puntuación CAC (19 estudios) puede mejorar tanto la discriminación como la reclasificación.

La magnitud y consistencia de la mejora varía según el factor de riesgo no tradicional.

Para el IBT, las mejoras en el desempeño fueron mayores para las mujeres, en quienes la evaluación de riesgo tradicional tiene una discriminación pobre.

Los resultados fueron inconsistentes para el nivel de PCR, y el análisis más grande (n = 166 596) mostró un efecto mínimo en la predicción del riesgo.

Las mayores mejoras en la discriminación y la reclasificación se observaron para la puntuación CAC, aunque la puntuación CAC puede reclasificar de manera inapropiada a las personas que no tienen eventos cardiovasculares en categorías de mayor riesgo.

La evidencia de los daños de la evaluación de factores de riesgo no tradicional se limitó a las imágenes de tomografía computarizada para la puntuación CAC (8 estudios) y mostró que la exposición a la radiación es baja, pero puede resultar en pruebas adicionales.

Conclusiones y relevancia

Aún NO hay suficientes ensayos clínicos con el poder estadístico adecuado que evalúen el efecto incremental de medir IBT, el nivel de PCR o la puntuación CAC en la evaluación de riesgos y el inicio de la terapia preventiva.

Además, el significado clínico de las mejoras en las medidas de los estudios de predicción del riesgo de calibración, discriminación y reclasificación es incierto.

Referencia:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2687224>

Miocarditis por COVID-19 y post vaccinal.

Publicado el 28/06/21

Mucho se habla de rastrear la presencia de miocarditis asociada a una infección por COVID o post vaccinal.

La presentación clínica de la miocarditis abarca un espectro: puede variar desde una progresión rápida, potencialmente mortal a un dolor leve en el pecho sin más consecuencias. Como la mayoría de las enfermedades, las formas leves son mucho más comunes que las graves.

Han aparecido protocolos de detección de esta patología por sociedades científicas que son difíciles de llevar a cabo por múltiples problemas.

En la actualidad, se desconoce la historia natural o las implicancias a corto y largo plazo de miocarditis clínica o subclínica por COVID-19 en un deportista. Para abordar estas preocupaciones, es conveniente encontrar formas de minimizar la variabilidad en el desempeño diagnóstico entre los centros para diagnosticarla.

El rastreo implica tener en cuenta:

1. La prevalencia de la miocarditis en el contexto de la epidemia COVID-19: varios estudios realizados en atletas (en quienes se estudia con más énfasis el estado cardíaco) han dado una prevalencia cercana al 2%.

Datos presentados en el estudio del JAMA sugieren que el 1.8% de los atletas con infección previa por SARS-CoV-2 son asintomáticos y tienen miocarditis subclínica. (1) Una prevalencia baja para la tasa de infección que tiene el SARS-Co2 implica más falsos positivos.

2. Los estudios diagnósticos utilizados: muchos estudios se validaron solamente en casos sintomáticos, no se han estudiado sistemáticamente en una cohorte asintomática.

Esto requerirá datos de resultados a corto y largo plazo para aclarar las implicancias de los hallazgos. Algunos protocolos se basan en la realización de ECG, troponina y cardiiorresonancia.

El ECG tiene baja sensibilidad y especificidad para la miocarditis. La troponemia autolimitada no proporciona per se el diagnóstico. La cardiiorresonancia es operador dependiente. Los patrones de anomalías miocárdicas (inflamación, edema, fibrosis) demostraron hallazgos similares entre miocarditis clínica y subclínica basal y con o sin anomalías en las otras pruebas cardíacas. Por todo esto, habrá resultados falsos positivos y negativos.

3. El efecto rótulo: es verdad que los casos graves alteran la vida y obligan a modificar los quehaceres diarios pero habrá que admitir que los casos leves también lo harán. A las personas con miocarditis generalmente se les aconseja que limiten la actividad durante varios meses y se les puede indicar medicación y seguimiento. Sin duda que el diagnóstico tendrá repercusiones de por vida. Quienes habitualmente lo hacían, dejarán de practicar deportes.

4. La poca evidencia: la realidad es que hasta ahora solo tenemos 3 artículos revisados por pares sobre esto, cada uno con un puñado de casos más algunos datos de vigilancia (que a menudo no son de la misma calidad).

En cuanto a la vacuna:

El Centro para el control y prevención de enfermedades de Estados Unidos (CDC) continúa investigando el vínculo entre las vacunas de ARNm y la inflamación del corazón, incluidas las diferencias entre las vacunas. La Administración de medicamentos y alimentos (FDA) agregará en unos días una advertencia a la información de las vacunas COVID-19 de ARNm de Pfizer / BioNTech y Moderna a medida que se continúan investigando los casos de miocarditis, que son raros pero más probables en hombres jóvenes y adolescentes y después de la segunda dosis de la vacuna Pfizer o Moderna (con dolor torácico y otros síntomas que ocurren dentro de la semana siguiente a la aplicación).

"La advertencia se basa en un seguimiento limitado. La mayoría de los casos parecen haber estado asociados con la resolución de los síntomas, pero hay información limitada disponible sobre posibles secuelas a largo plazo", dijo el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) que asesora al CDC. Los miembros de ACIP son partidarios de dar un fuerte respaldo para continuar vacunando a los jóvenes de 12 a 29 años con las vacunas Pfizer y Moderna a pesar de la advertencia.

Para destacar:

- Los beneficios de la vacuna superan claramente los riesgos.
- La miocarditis es un efecto secundario extremadamente raro y solo un número muy pequeño de personas lo experimentará después de la vacunación.
- La mayoría de los casos son leves y se recuperan solos o con un tratamiento mínimo.
- Las mio y pericarditis son más comunes si se contrae la infección por COVID-19.
- La incidencia por millón de miocarditis después de la segunda dosis es de 8/1.000.000 con Pfizer y 19.8/1.000.000 con Moderna.

Referencias

- .1. <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2780548>
- .2. Cardiovasc Pathol. 2021 Jun 23:107361. doi: 10.1016/j.carpath.2021.107361
- .3. BMJ. 2021 Jun 24;373:n1635. doi: 10.1136/bmj.n1635

El rastreo de compromiso cardíaco por COVID-19.

Publicado el 16/05/21

Las reacciones desmedidas en la comunicación científica dan lugar a un alerta en la población y ponen en marcha una cadena de pedidos de estudios sin evidencia que genera cascadas diagnósticas y que lejos de tranquilizar a la gente, la inquietan. Después de un año de titulares atemorizantes acerca de que el virus que causa el COVID-19 puede generar compromiso cardíaco de manera más agresiva que cualquier otra enfermedad viral, un informe publicado la semana pasada en JACC: Cardiovascular Imaging (1) aclaró el punto.

El 27 de julio de 2020 un informe publicado en JAMA Cardiology alertó sobre una conexión entre la enfermedad cardíaca y COVID. (2) Por otro lado, investigadores alemanes afirmaron que el 78% de los pacientes con COVID-19 recuperados recientemente tenían signos "anormales" en sus resonancias magnéticas (RM) cardíacas y que el 60% mostraba signos de miocarditis.(3)

Sin embargo, poco después de su publicación el artículo fue criticado por errores estadísticos y metodológicos. (4)

Se sometió a una corrección larga pero mucho más silenciosa que indicó que muchas de las anomalías eran solo marginalmente más comunes entre los que se recuperaban de COVID-19 que entre individuos control similares que no habían tenido la enfermedad.

Unas semanas después, el 11 de septiembre de 2020, un estudio de la Universidad de Ohio mostró que el 15% de los atletas de competición que se habían recuperado de COVID-19 tenían anomalías en las exploraciones de RM cardíaca. (5)

Este estudio, de solo 26 atletas, carecía por completo de grupo control. Además, estudios anteriores y contemporáneos habían encontrado anomalías similares entre los atletas de élite sin COVID-19. (6)

A raíz de este tipo de información muchas personas con enfermedad leve o incluso asintomáticas comenzaron a pedir realizarse RM cardíaca, y algunos médicos incluso comenzaron a indicarlas.

En la misma línea, en Argentina se comenzó a difundir la idea de realizar estudios cardíacos postCOVID. Sin llegar a la sofisticación de una RM cardíaca, se suelen indicar ECG y ecocardiogramas para personas que han transcurrido la infección sin mayores inconvenientes.

Un grupo de profesionales médicos preocupados, encabezados por el cardiólogo Venkatesh Murthy de la Universidad de Michigan, envió una carta a las organizaciones médicas pidiendo que estas exploraciones se realicen sólo como parte de estudios de investigación cuidadosos con grupos de control apropiados para no caer en el sobrediagnóstico. (7)

Es bien conocido desde hace mucho tiempo que los virus pueden causar inflamación cardíaca y, a veces, incluso provocar insuficiencia cardíaca congestiva y muerte súbita.

La preocupación era saber si el SARS-CoV-2 tenía una especial propensión a dañar el corazón.

Durante los meses siguientes, numerosos grupos de investigación publicaron estudios que refutaron dichas preocupaciones y proporcionaron evidencia tranquilizadora de que el SARS-CoV-2 no tiene una toxicidad adicional para el corazón, aunque hicieron poco para disipar la idea pública de que sí lo hace.

- En enero de 2021, investigadores de la Universidad de Wisconsin estudiaron a 145 estudiantes atletas que tenían COVID-19 y encontraron miocarditis en solo el 1.4% de ellos, ninguno de los cuales requirió hospitalización. (8)
- En marzo, un grupo de cardiólogos deportivos informó sobre casi 800 atletas profesionales que habían dado positivo por COVID-19.(9) Menos del 1% de estos atletas tenían hallazgos anormales en la RM cardíaca o en la ecocardiografía de estrés. Ninguno de estos atletas tuvo problemas cardiovasculares cuando volvió a jugar.
- En abril, otro grupo de autores publicó una serie de 19.000 atletas que fueron evaluados para COVID-19. (10) Aproximadamente 3000 dieron positivo por SARS-CoV-2, la mayoría de los cuales luego se sometieron a pruebas cardíacas básicas. De manera tranquilizadora, menos del 1% de estos análisis arrojaron resultados anormales. Y solo 21 de los 3.000 tenían un compromiso cardíaco definitivo, probable o posible según las pruebas de laboratorio y las imágenes cardíacas. Cinco (0.2%) de los atletas requirieron hospitalización por complicaciones no cardíacas de COVID-19 y 1 (0.03%) tuvo un paro cardíaco resucitado exitosamente que se consideró no relacionado con COVID-19 debido a que se realizó una gammagrafía cardíaca como parte de la evaluación y que no mostró evidencia de miocarditis.
- En un estudio más sólido en cuanto a la evidencia publicado la semana pasada, un equipo internacional comparó dos grupos de trabajadores de la salud: uno con COVID-19 y el otro sin él. (11) No hubo absolutamente ninguna diferencia en los biomarcadores de la función cardíaca o las exploraciones cardíacas mediante ecocardiografía o RM.

Estos tres estudios incluyeron a jóvenes con síntomas leves. Pero incluso en los más enfermos, el efecto de COVID-19 en el corazón parece ser modesto.

Una publicación de una serie de 148 pacientes que se habían recuperado de un episodio grave COVID-19 afirmó que las exploraciones con RM realizadas durante la convalecencia mostraron que casi la mitad de las personas no tenían anomalías cardíacas importantes y que 9 de cada 10 tenían una función cardíaca normal. (12)

En resumen: la incidencia de los problemas cardíacos inducidos por COVID-19 fue exagerada.

La pandemia inyectó miedo en grandes dosis.

Por supuesto hay algo más que la alta tasa de mortalidad del virus en las personas mayores o su capacidad para propagarse rápidamente y colapsar los sistemas de atención médica. El aspecto

más aterrador de COVID-19 es su imprevisibilidad. Muchos de nosotros nos preguntamos: ¿podría enfermarme mañana?

La publicación científica avanzó más rápidamente durante la pandemia, pero la calidad del trabajo fue peor.

El SARS-CoV-2 a veces, aunque rara vez, puede causar miocarditis al igual que muchos otros virus. Los médicos, por lo tanto, podemos apelar a la evidencia y seleccionar a los pacientes a los que indicar pruebas adicionales.

El rastreo de pacientes de bajo riesgo con RM y otras pruebas sofisticadas no es necesario ni prudente y puede llevar a muchos estudios falsos positivos, rótulos e intervenciones diagnósticas y terapéuticas adicionales.

La lección más importante es que la comunicación científica en tiempos de crisis debe mantener la calma. El público y los tomadores de decisiones necesitan estudios debidamente controlados en lugar de informes sensacionalistas tempranos.

Referencias:

Artículo original:

<https://www.statnews.com/2021/05/14/setting-the-record-straight-there-is-no-covid-heart/>

(1) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936878X21003569>

(2) <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2768916>

(3) <https://www.statnews.com/2020/07/27/covid19-concerns-about-lasting-heart-damage/>

(4) <https://www.tctmd.com/news/message-unchanged-say-researchers-criticized-covid-19-cmr-study>

(5) <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2770645?appId=scweb>

(6) <https://jcmr-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12968-020-00660-w>

(7) <https://cvctcardiobrief.com/letter-warns-against-clinical-role-for-cardiac-mri-in-asymptomatic-covid-patients/>

(8) <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2775372>

(9) <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2777308>

(10) <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.054824>

(11) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936878X21003569>

(12) <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/19/1866/6140994>

Aleteo Auricular.

Publicado el 14/01/21

El aleteo auricular es una arritmia cardíaca que se asocia con varios trastornos cardíacos, típicamente coronariopatía o enfermedad cardíaca hipertensiva.

Los síntomas típicamente reflejan una disminución del gasto cardíaco como resultado de la frecuencia ventricular rápida, la más común de las cuales son palpitaciones.

El aleteo auricular es similar a la fibrilación auricular en muchos aspectos, aunque **la fibrilación auricular es mucho más común.**

¿Qué la produce?

Además de la enfermedad coronaria y la hipertensión, la cardiopatía reumática, la cardiopatía congénita, la pericarditis y la miocardiopatía también pueden producir aleteo auricular. En raras ocasiones, el prolapso de la válvula mitral o el infarto agudo de miocardio se han asociado con aleteo auricular.

Además pensá en:

- Consumo de alcohol
- Hipoxia
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Embolia pulmonar
- Hipertiroidismo
- Feocromocitoma
- Diabetes
- Desequilibrio electrolítico
- Obesidad
- Toxicidad digital

También tené en cuenta el aleteo auricular que puede ser una secuela de cirugía a corazón abierto.

Después de la cirugía cardíaca, puede producirse un aleteo auricular debido a lesiones auriculares y otras cicatrices cardíacas.

Aunque no existen condiciones genéticas claramente definidas que causen aleteo auricular, es probable que exista una susceptibilidad genética subyacente a adquirir aleteo auricular en muchos pacientes.

El aleteo auricular es más común en hombres que en mujeres, al igual que la fibrilación auricular.

La incidencia de fibrilación auricular y aleteo auricular aumenta con la edad.

La incidencia de aleteo auricular es de menos de cinco casos/100.000 habitantes en menores de 50 años, pero aumenta a casi 600 casos/100.000 habitantes en los mayores de 80 años.

La edad media de la fibrilación auricular es mayor de 65 años en los hombres y casi 75 años en las mujeres.

Debido a las propiedades de conducción del nódulo AV, **muchas personas con aleteo auricular tendrán una respuesta ventricular más rápida que aquellas con fibrilación auricular.**

La frecuencia cardíaca es a menudo más difícil de controlar en el aleteo auricular que en la fibrilación auricular debido al aumento de la conducción oculta en las personas con fibrilación auricular.

Síntomas

Los síntomas en pacientes con aleteo auricular típicamente reflejan una disminución del gasto cardíaco como resultado de la frecuencia ventricular rápida.

Los síntomas típicos incluyen:

- Palpitaciones
- Fatiga o poca tolerancia al ejercicio.
- Disnea leve
- Presíncope

Los menos comúnmente incluyen angina, disnea profunda o síncope como resultado del compromiso de la función ventricular izquierda.

Los eventos tromboembólicos son posibles con esta arritmia.

Además, los pacientes pueden tener síntomas de las condiciones que causan el aleteo auricular. Estos síntomas pueden ser no cardíacos (p. Ej., Hipertiroidismo o enfermedad pulmonar) o cardíacos.

Siempre debes interrogar sobre los factores que pueden haber precipitado el episodio de aleteo auricular, incluido el alcohol, así como las afecciones médicas (p. Ej., Neumonía o infarto agudo de miocardio) y procedimientos quirúrgicos.

Preguntá también sobre el uso de drogas estimulantes (p. Ej., Ginseng, cocaína, efedrina o metanfetamina).

El bloqueo AV puede ser variable, por lo que el pulso de un paciente puede ser regular o ligeramente irregular.

Es posible que se presente hipotensión, pero es más común observar una presión arterial normal.

¿Qué pedir?

El ECG es esencial para realizar el diagnóstico y puede proporcionar información esencial para distinguir el aleteo auricular típico del atípico.

En la forma común de aleteo auricular típico, el ECG muestra ondas de aleteo en "dientes de sierra".

Las ondas de aleteo a menudo se visualizan mejor en las derivaciones II, III, AVF o V1.

En el aleteo auricular típico, la frecuencia auricular suele ser de 250 a 350 latidos / min. La respuesta ventricular puede ser regular o irregular. El ecocardiograma transtorácico es la modalidad de imagen inicial preferida para evaluar el aleteo auricular.

La evaluación de trombos auriculares o ventriculares también es importante en pacientes con aleteo auricular, especialmente cuando se desea cardioversión a ritmo sinusal.

Recordá que tiene una baja sensibilidad para los trombos intraauriculares pero es la técnica preferida porque puede visualizar la orejuela auricular en donde más frecuentemente se alojan los trombos.

¿Cuál es el tratamiento?

Los objetivos generales del tratamiento para el aleteo auricular sintomático son similares a los de la fibrilación auricular e incluyen:

- Control de la frecuencia ventricular
- Restauración del ritmo sinusal
- Prevención de episodios recurrentes o reducción de su frecuencia o duración.
- Prevención de complicaciones tromboembólicas.
- Minimizar los efectos adversos de la terapia.

La tasa de éxito de la cardioversión eléctrica es alta.

El aleteo auricular generalmente requiere menos energía para la conversión que la fibrilación auricular; pueden ser necesarios tan solo 50 julles.

Se utilizan poco la mayoría de los fármacos antiarrítmicos debido a la posibilidad de efectos secundarios que perpetúen o agraven el aleteo.

Debido a la alta tasa de recurrencia del aleteo auricular en pacientes sin una causa corregible, y debido a su alta tasa de éxito con baja tasa de complicaciones, el tratamiento definitivo con ablación con catéter de radiofrecuencia es el tratamiento preferido para la mayoría de los pacientes.

La ablación por radiofrecuencia tiene mejores resultados en el aleteo auricular que en la FA.

Algunos trabajos han demostrado que la ablación es superior a las estrategias de control de frecuencia y control del ritmo con fármacos antiarrítmicos.

Siempre considerará anticoagular a estos pacientes (al menos hasta que se mantenga el ritmo sinusal).

La terapia anticoagulante está indicada especialmente cuando el aleteo auricular dura más de 48 horas o su inicio es incierto.

Referencia:

© 2021 UpToDate

Fibrilación auricular: Control de la frecuencia o del ritmo.

Publicado el 18/11/21

En un paciente con fibrilación auricular crónica, un objetivo principal es controlar la frecuencia ventricular para optimizar la eficiencia de bombeo del corazón.

Las guías NICE enuncian (1):

En pacientes con FA crónica, que necesitan tratamiento para el control de la frecuencia:

Los β bloqueantes o los bloqueantes cálcicos que limitan la frecuencia deben ser la monoterapia inicial preferida en todos los pacientes.

La digoxina solo debe considerarse como monoterapia si:

El paciente hace muy poco o ningún ejercicio físico

o

Se descartan otras opciones de fármacos que limitan la frecuencia debido a las comorbilidades o las preferencias de la persona.

La digoxina sigue siendo un fármaco ampliamente utilizado para el control de la frecuencia ventricular en la fibrilación auricular pero:

- Si bien puede controlar la frecuencia cardíaca en reposo, rara vez controla adecuadamente la frecuencia cardíaca durante el

esfuerzo. (3)

- Aún se considera como terapia inicial en pacientes con insuficiencia cardíaca debido a disfunción sistólica del ventrículo izquierdo,

pero habitualmente estos pacientes deben recibir un β bloqueantes más tarde (2)

¿Cuál es la meta de frecuencia ventricular?

Debe ser menor de 80/´ medida en un ECG o en el ápex, pero no en la muñeca.

Es posible que se requiera una combinación de dos medicamentos para lograr un control de frecuencia adecuado; las combinaciones más apropiadas son:

1. Bloqueante cálcico que limita la velocidad + digoxina,
o
2. β bloqueante + digoxina

El Verapamilo NO debe combinarse con un β bloqueante; esto se debe al riesgo de bloqueo cardíaco y asistolia.

Considerar la ablación del nódulo AV combinada con la implantación de marcapasos si el tratamiento farmacológico no es satisfactorio.

Los fármacos que bloquean el nódulo AV, como digoxina y verapamilo, **NO deben usarse en la fibrilación auricular complicada por el síndrome de Wolff-Parkinson-White:**

La frecuencia de conducción en la vía accesoria puede aumentar y predisponer a una frecuencia ventricular más rápida (1).

Hay evidencia de dos grandes ensayos aleatorizados (4,5) que han demostrado que una estrategia de control de la frecuencia es al menos tan efectiva como el control del ritmo.

También hubo una fuerte tendencia a que los pacientes del grupo Control de frecuencia tuvieran menos eventos clínicos importantes (y los pacientes de este grupo de tratamiento tuvieron menos eventos adversos).

No está claro cuándo se puede preferir una estrategia de control del ritmo.

Los posibles casos podrían ser (2):

FA de inicio reciente con un riesgo bajo de recurrencia (en el caso que haya un precipitante evidente y no haya una cardiopatía estructural subyacente, por ejemplo, un paciente con una enfermedad febril como neumonía o una FA que se produce después de una intoxicación alcohólica aguda o después de una cirugía.

Síntomas intolerables a pesar de un adecuado control de la frecuencia

Pacientes con alto riesgo de tratamiento con acenocumarol / warfarina o aspirina.

Cuando ofrecer control de frecuencia o ritmo

Siempre ofrecer control de frecuencia como estrategia de primera línea para personas con fibrilación auricular,
excepto en personas:

- * cuya fibrilación auricular tengan una causa reversible.
- * que tengan insuficiencia cardíaca que se cree que es causada principalmente por fibrilación auricular.
- * con fibrilación auricular de nueva aparición.
- * con aleteo auricular cuya condición se considera adecuada para una estrategia de ablación.

* a quienes se considere restaurar el ritmo sinusal es más adecuado que la estrategia de control del ritmo según el juicio clínico

Control de la frecuencia

Ofrecer un β bloqueante estándar (NO sotalol) o un bloqueante cálcico que limite la frecuencia como monoterapia inicial a las personas con fibrilación auricular que necesitan tratamiento farmacológico como parte de una estrategia de control de la frecuencia.

Basar la elección del fármaco en los síntomas, la frecuencia cardíaca, las comorbilidades y las preferencias de la persona.

La digoxina solo debe considerarse como monoterapia si

- a. la persona hace muy poco o ningún ejercicio físico o
- b. Se descartan otras opciones de fármacos que limitan la frecuencia debido a las comorbilidades o las preferencias de la persona.

Si la monoterapia no controla los síntomas, y si se cree que los síntomas persistentes se deben a un control deficiente de la frecuencia ventricular, considerar la terapia combinada con 2 de los siguientes:

β bloqueante

Diltiazem
Digoxina

No ofrecer amiodarona para el control de la frecuencia a largo plazo.

Para tener presente:

Una frecuencia ventricular rápida que es difícil de controlar puede indicar un trastorno sistémico, por ejemplo, insuficiencia cardíaca, hipoxia, hipertiroidismo o pirexia.

Los resultados del ensayo de fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca congestiva indican que una estrategia de rutina de control del ritmo no reduce la mortalidad y sugieren que el control de la frecuencia debe considerarse un enfoque principal para los pacientes con fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca (7)

Referencias:

(1) NICE (April 2021). Atrial Fibrillation

(2) British Heart Foundation, Factfile 11/2000.

(3) Fuster V, Ryden LE, Asinger RW, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to develop guidelines for the management of patients with atrial fibrillation) developed in collaboration with the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *Eur Heart J* 2001;22:1852-923.

(4) *Pescriber* 2003; 14(14): 25-33.

(5) Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1825-33.

(6) Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1834-40

(7) Roy De et al. Atrial fibrillation and congestive heart failure.. *Curr Opin Cardiol.* 2009 Jan;24(1):29-34.

Ergometría: Indicaciones.

Publicado el 18/11/21

Hacer una ergometría tiene indicaciones claras.

Casi un 45% de los estudios solicitados se realizan en personas con baja probabilidad de enfermedad cardiovascular.

Una pérdida de tiempo y dinero y la aparición de muchos falsos positivos.

Repasemos las indicaciones de la Sociedad Americana de Cardiología nuclear:

- DBT en mayores de 40 años,
- Enfermedad arterial periférica
- Cuando existe un riesgo de un evento cardiovascular mayor al 2% anual.

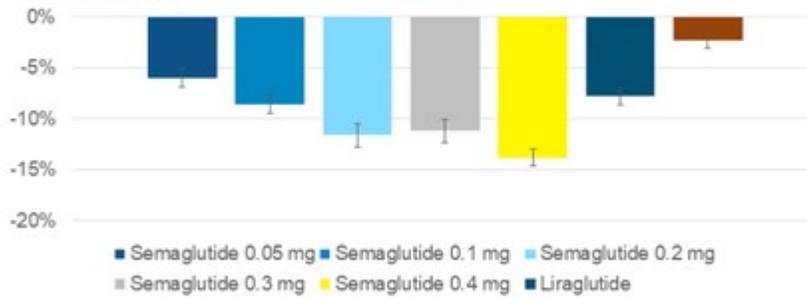
Referencia

<https://www.choosingwisely.org/societies/american-society-of-nuclear-cardiology/>

Diabetes

Agonistas del GLP1 para bajar de peso en obesos no diabéticos: ECA doble ciego (n 957 pacientes)

Porcentaje estimado de pérdida de peso después de 52 semanas.



O'Neil et al. The Lancet 2018

Actualización recomendación de rastreo de DBT y PreDBT.

Publicado el 02/09/21

La Fuerza de Tareas actualizó su recomendación del 2015 sobre rastreo de PreDBT y DBT tipo 2 a adultos no embarazadas.

Si bien aclara que las estimaciones del riesgo de progresión de prediabetes a diabetes varían ampliamente, estas pueden ser debido a diferencias en la definición de prediabetes o la heterogeneidad de prediabetes.

Rastreo de prediabetes: USPSTF

Adultos asintomáticos 35 a 70 años con sobrepeso u obesidad	La Fuerza de Tareas americana recomienda rastreo para preDBT o DBT tipo 2 en adultos entre 35 y 70 años quienes tengan sobrepeso u obesidad.	B
-------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Referencia:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2783414>

Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

Publicado el 05/08/21

La Sociedad Europea de Cardiología actualizó sus recomendaciones sobre los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (sglt2).

 **Sociedad Europea de Cardiología.**

Fuerza de tareas sobre los (-) del cotransportador sodio-glucosa tipo 2

ICC

1. Personas con IC (disminución Fr eyección) con o sin DBT II disminuye el riesgo de internación o muerte con Empaglifozina y dapaglifozina.
2. En DBT II recientemente internados por IC disminuye el riesgo de muerte o internación por IC con sotaglifozina.

DBT II y Alto riesgo CV

En individuos con alto /muy alto riesgo CV:

3. Empaglifozina y Canaglifozina: Disminuyen riesgo de eventos CV por aterosclerosis.
Empaglifozina: Disminuye mortalidad CV y mortalidad por todas las causas.
4. Empaglifozina, Canaglifozina y Dapaglifozina: Disminuyen muerte o internación por IC.
5. Empaglifozina, Canaglifozina y Dapaglifozina: Disminuyen el riesgo de progresión de la Insuficiencia renal.

Enf renal crónica

6. Canaglifozina o dapaglifozina: En pacientes con DBT y proteinuria disminuye la progresión a un estadio renal terminal.
7. Dapaglifozina: En pacientes con IRC con o sin DBT II disminuye la progresión a un estadio renal terminal.
8. Canaglifozina, dapaglifozina o sotaglifozina: En pacientes con DBT e IRC disminuye el riesgo de internación por IC o muerte CV.

Cuando la diabetes tipo 2 cambia su paradigma.

Publicado el 30/05/21

No te pierdas el video que publicamos sobre los nuevos hipoglucemiantes.

<https://www.facebook.com/profammf/videos/1801907499989937>

Rastreo de diabetes gestacional.

Publicado el 18/03/21

La diabetes gestacional es común y se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos maternos y perinatales.

Aunque los expertos recomiendan el rastreo universal no existe un consenso sobre cuál de los dos métodos de rastreo recomendados debe utilizarse.

Métodos

Se acaba de publicar un ensayo clínico pragmático (respeto más las condiciones de la vida real con lo cual puede concluir efectividad más que eficacia) y aleatorizado que comparaba el rastreo en un paso (es decir, una prueba de sobrecarga oral a la glucosa (SOG) en la que se obtenía el nivel de glucemia después de la administración oral de una carga de glucosa de 75 gr en ayunas) vs el rastreo en dos pasos (una prueba de provocación de glucosa en la que se obtuvo el nivel de glucosa en sangre después de la administración oral de una carga de glucosa de 50 g en el estado **sin ayuno**, seguida, si es positiva, una prueba de SOG con una carga de glucosa de 100 gr en ayunas) en todas las mujeres embarazadas que recibieron atención en dos sistemas de salud.

Las pautas para el tratamiento de la diabetes gestacional fueron consistentes con los dos enfoques de detección.

Los resultados primarios fueron:

- Diagnóstico de diabetes gestacional
- Peso al nacer grande para la edad gestacional (macrosomía: peso al nacer > 4 Kg)
- y
- Un resultado combinado perinatal (muerte fetal, muerte neonatal, distocia de hombros).

Resultados

Un total de 23.792 mujeres se asignaron al azar; las mujeres con más de un embarazo durante el ensayo podrían haber sido asignadas a más de un tipo de detección.

66% de las mujeres se les realizó un paso y 92% dos pasos .

Tabla de resultados

Evento	Grupo de mujeres con SOG 75gr (1 Paso)	Grupo de mujeres con SOG 55gr (sin ayunas) y si es (+) SOG 100gr (2 Pasos)	RR no ajustado	IC 97.5%
DBT gestacional	16.5%	8.5%	1.94	1.79 a 2.11

En los análisis por intención de tratar, las incidencias respectivas de los otros resultados primarios fueron los siguientes:

Evento	Grupo de mujeres con SOG 75gr (1 Paso)	Grupo de mujeres con SOG 55gr (sin ayunas) y si es (+) SOG 100gr (2 Pasos)	RR no ajustado	IC 97.5%
Macrosomía	8.9%	9.2%	0.95	0.87 a 1.0
Resultado combinado perinatal	3.1%	3.0%	1.04	0.88 a 1.23
Preeclampsia	13.6%	13.5%	1.00	0.93 a 1.08
Cesárea primaria	24%	24.6%	0.98	0.93 a 1.02

Los resultados se mantuvieron sustancialmente sin cambios en los análisis por intención de tratar con ponderación de probabilidad inversa para tener en cuenta la adherencia diferencial a los enfoques de detección.

Conclusiones

A pesar de que hubo más diagnósticos de diabetes gestacional con el enfoque de un paso que con el enfoque de dos pasos, no hubo diferencias significativas entre los grupos en los riesgos en los resultados primarios relacionados con las complicaciones perinatales y maternas.

(Financiado por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver; número ScreenR2GDM ClinicalTrials.gov)

Referencia:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2026028>

Daño y beneficio de suspender los antihipertensivos en ancianos.

Publicado el 6/11/21

La hipertensión es un factor de riesgo importante para eventos cardiovasculares posteriores, incluyendo accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, deterioro cognitivo y muerte prematura.

En general, el uso de medicamentos antihipertensivos ha llevado a la reducción de las enfermedades cardiovasculares, las tasas de morbilidad y las tasas de mortalidad.

Sin embargo, el uso de medicamentos antihipertensivos también se asocia con daños, especialmente en personas mayores, incluido el desarrollo de reacciones adversas a medicamentos, interacciones medicamentosas y puede contribuir a aumentar la carga relacionada con los medicamentos.

Como tal, la interrupción de los antihipertensivos puede considerarse y ser apropiada en algunas personas mayores.

Objetivos

Investigar si suspender los fármacos antihipertensivos es factible y evaluar los efectos de suspenderlos mortalidad, resultados cardiovasculares, hipertensión y calidad de vida en las personas mayores.

Métodos de búsqueda

El grupo especialista Cochrane de Hipertensión (Cochrane Hypertension Information Specialist) buscó ensayos controlados aleatorios en las siguientes bases de datos hasta abril de 2019:

- Grupo Cochrane de Hipertensión (Cochrane Hypertension Specialised Register), CENTRAL (2019, número 3),
- Ovid MEDLINE y Ovid Embase,
- WHO International Clinical Trials Registry Platform y
- ClinicalTrials.gov.

Las búsquedas no tuvieron restricciones de idioma.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) de suspender versus continuación de los fármacos antihipertensivos utilizados para la hipertensión o la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en adultos mayores (definidos como 50 años o más).

Los participantes eran elegibles si vivían en la comunidad, en centros residenciales de atención a ancianos o si se encontraban en entornos hospitalarios.

Se intentó incluir ensayos que analizaran la retirada completa de la medicación antihipertensiva y los que se centraran en una reducción de la dosis de la medicación antihipertensiva.

Recopilación y análisis de datos

Se comparó la intervención de interrumpir o reducir la medicación antihipertensiva con el tratamiento habitual mediante diferencias de medias (DM) e intervalos de confianza del 95% (IC95%) para las variables continuas y se utilizaron los odds ratios (OR) de Peto y el IC del 95% para las variables binarias.

Los resultados primarios incluyeron: mortalidad, infarto de miocardio, desarrollo de reacciones adversas a los fármacos o reacciones adversas a la suspensión de fármacos.

Los resultados secundarios incluyeron: Presión arterial, hospitalización, ACV, éxito de suspender los antihipertensivos, calidad de vida y caídas.

Dos autores, de forma independiente y por duplicado, realizaron todas las etapas de la selección de los estudios, la extracción de datos y la evaluación de la calidad.

Resultados principales

Seis ECA cumplieron los criterios de inclusión y se incluyeron en la revisión (1073 participantes).

La duración del estudio y el seguimiento variaron de 4 semanas a 56 semanas.

El metanálisis de los estudios mostró que, en el grupo de interrupción en comparación con la continuación, las probabilidades de:

Mortalidad por todas las causas fueron de 2,08 (IC95%: 0,79 a 5,46; certeza baja de la evidencia),

IAM 1,86 (IC 95%: 0,19 a 17,98; certeza muy baja de la evidencia) y

ACV 1,44 (IC 95%: 0,25 a 8,35; certeza baja de la evidencia).

La presión arterial fue mayor en el grupo interrupción que en el grupo continuación

Presión arterial sistólica: DM = 9,75 mmHg, IC 95%: 7,33 a 12,18; y

Presión arterial diastólica: DM = 3,5 mmHg, IC 95%: 1,82 a 5,18; (evidencia de certeza baja).

En cuanto al desarrollo de eventos adversos, no fue posible concluir desde este metanálisis.

La interrupción antihipertensiva no pareció aumentar el riesgo de eventos adversos y puede dar lugar a la resolución de las reacciones adversas a los fármacos, aunque los estudios elegibles tuvieron un informe limitado de los efectos adversos al momento de la suspensión del fármaco (evidencia de certeza muy baja).

Un estudio informó la hospitalización con un odds ratio de 0,83 para la interrupción en comparación con la continuación (IC del 95%: 0,33 a 2,10; evidencia de certeza baja).

No se identificaron estudios que informaran caídas.

Entre el 10,5% y el 33,3% de los participantes en el grupo de interrupción en comparación con el 9% al 15% en el grupo de continuación experimentaron presión arterial elevada u otros criterios clínicos (según lo predefinido por los estudios) que requerirían el reinicio de la terapia / eliminación del estudio.

Las fuentes de sesgo incluyeron el informe selectivo (sesgo de informe), la falta de cegamiento de la evaluación de los resultados (sesgo de detección), los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) y la falta de cegamiento de los participantes y el personal (sesgo de realización).

Conclusiones de los revisores

No hay evidencia de un efecto que la interrupción en comparación con continuar dando los antihipertensivos afecte la mortalidad por todas las causas y el infarto de miocardio.

La evidencia fue de certeza baja a muy baja, principalmente debido a los estudios pequeños y las bajas tasas de eventos.

Estas limitaciones significan que no es posible establecer conclusiones firmes acerca del efecto de la desprescripción de antihipertensivos sobre estos resultados.

Los estudios de investigación futuros deben centrarse en las poblaciones con la mayor incertidumbre de la relación beneficio-riesgo para el uso de medicamentos antihipertensivos, como las que tienen fragilidad, los grupos de mayor edad y los que toman polifarmacia, y medir los resultados clínicamente importantes como las caídas, la calidad de vida y los eventos adversos de los fármacos.

Referencia

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

Los bloqueantes cálcicos como agentes antihipertensivos de primera línea.

Publicado el 31/10/21

Si bien los bloqueantes cálcicos (BC) a menudo se recomiendan como fármacos de primera línea para tratar la hipertensión, aún se debate el efecto de los mismos en la prevención de eventos cardiovasculares, en comparación con otras clases de fármacos antihipertensivos.

Objetivos

Determinar si los BC utilizados como tratamiento de primera línea para la hipertensión son diferentes de otras clases de fármacos antihipertensivos para reducir la incidencia de eventos cardiovasculares adversos importantes.

Métodos de búsqueda

Para esta revisión Cochrane se buscó en las siguientes bases de datos ensayos controlados aleatorios (ECA) hasta el 1 de septiembre de 2020: el Registro Cochrane de Hipertensión Especializada, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL 2020, Número 1), Ovid MEDLINE , Ovid Embase, la Plataforma de Registro de Ensayos Clínicos Internacionales de la OMS y ClinicalTrials.gov.

También se estableció contacto con los autores de los artículos relevantes con respecto al trabajo adicional publicados y no publicados y se verificaron las referencias de estudios publicados para identificar ensayos adicionales.

Las búsquedas no tenían restricciones de idioma.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios que comparan los BC de primera línea con otras clases de antihipertensivos, con al menos 100 pacientes hipertensos asignados al azar y un seguimiento de al menos dos años.

Análisis de datos

Tres autores de la revisión seleccionaron de forma independiente los ensayos incluidos, evaluaron el riesgo de sesgo e ingresaron los datos para el análisis. Cualquier desacuerdo se resolvió mediante discusión. Se estableció contacto con los autores de los estudios para obtener información adicional.

Resultados principales

Esta actualización contiene cinco nuevas pruebas.

Se incluyó un total de 23 ECA (18 dihidropiridinas, 4 no dihidropiridinas, 1 no especificado) con 153 849 participantes con hipertensión.

La mortalidad por todas las causas no fue diferente entre los BC de primera línea y cualquier otra clase de antihipertensivos.

En comparación con los **diuréticos**, los BC probablemente aumentaron los eventos cardiovasculares graves (RR 1,05; IC95%: 1,00 a 1,09; p = 0,03) y aumentaron los eventos de insuficiencia cardíaca congestiva (RR 1,37; IC95%: 1,25 a 1,51 , evidencia de certeza moderada).

En comparación con los **betabloqueantes**, los BC redujeron los siguientes resultados:

Eventos cardiovasculares mayores (OR 0,84; IC95%: 0,77 a 0,92),

ACV (OR 0,77; IC95%: 0,67 a 0,88, evidencia de certeza moderada) y

Mortalidad cardiovascular (RR 0,90; IC95%: 0,81 a 0,99, evidencia de certeza baja).

En comparación con los **inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)**, los BC:

Redujeron el ACV (OR 0,90; IC95%: 0,81 a 0,99, evidencia de certeza baja) y

Aumentaron la ICC (OR 1,16; IC95%: 1,06 a 1,28, certeza baja de evidencia).

En comparación con los **bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARAI)**, los BC

Redujeron el infarto de miocardio (OR 0,82; IC95%: 0,72 a 0,94; evidencia de certeza moderada) y

Aumentaron la insuficiencia cardíaca congestiva (OR 1,20; IC del 95%: 1,06 a 1,36, evidencia de certeza baja)).

Conclusiones de los autores

Para el tratamiento de la hipertensión, existe evidencia de certeza moderada de que los diuréticos reducen los eventos cardiovasculares importantes y la insuficiencia cardíaca congestiva más que los BC.

Existe evidencia de certeza baja a moderada de que los BC probablemente reducen los eventos cardiovasculares mayores más que los betabloqueantes.

Existe evidencia de certeza baja a moderada de que los BC reducen el ACV en comparación con los IECA y reducen el IAM en comparación con los bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARAI), pero Aumentan la insuficiencia cardíaca congestiva en comparación con los IECA y los ARA II.

Muchas de las diferencias encontradas en la revisión actual no son sólidas y ensayos adicionales podrían cambiar las conclusiones.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003654.pub5/full>

Medís la presión arterial en el consultorio, ¿siempre?, ¿a veces?...

Publicado el 30/09/21

Objetivo.

Revisar sistemáticamente los beneficios y los daños de las pruebas de detección y las mediciones confirmatorias de la presión arterial en adultos, para informar a la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF).

Fuentes de datos.

MEDLINE, PubMed, Registro Central de Ensayos Controlados de la Colaboración Cochrane y CINAHL; vigilancia hasta el 26 de marzo de 2021.

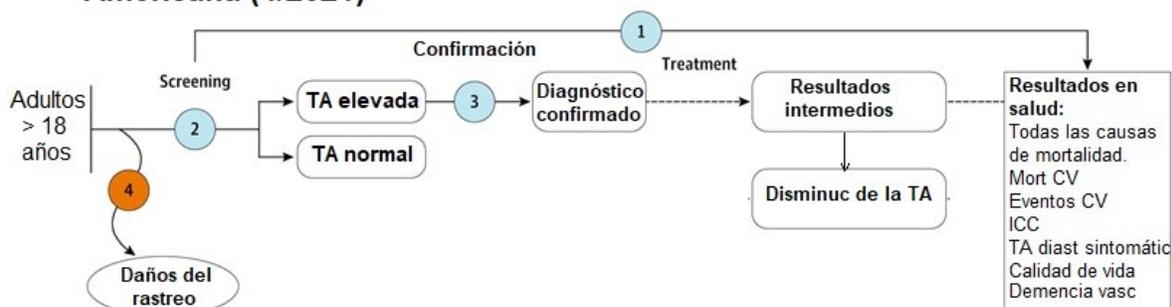
Selección de estudios.

- Ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y estudios de intervención controlados no aleatorizados para la efectividad del rastreo;
- Estudios de precisión para las mediciones de detección y confirmación (monitorización ambulatoria de la presión arterial como estándar de referencia);
- ECA y estudios de intervención controlados no aleatorios y estudios observacionales sobre los daños del cribado y la confirmación.

Principales resultados y medidas.

- Mortalidad;
- Eventos cardiovasculares;
- Calidad de vida;
- Sensibilidad, especificidad,
- Valores predictivos positivos y negativos;
- Daños de la detección.

Rastrear HTA en cada consulta (Actualización de la Fuerza de Tareas Americana (4/2021))



Preguntas Claves

- 1 ¿El rastreo mejora los resultados en salud?
- 2 ¿Cuál es la sens y esp de las mediciones de TA en el consultorio como rastreo inicial comparado con el monitoreo ambulatorio de TA considerado el patrón oro?
- 3 ¿Cuál es la sens y esp de las mediciones confirmatorias en adultos con una primera toma positiva comparada con el monitoreo ambulatorio de TA considerado como el patrón oro?
- 4 ¿Cuáles son los daños del rastreo de hipertensión en adultos?

Resultados.

En esta revisión sistemática se identificaron un total de 52 estudios (n = 215 534).

Un ECA grupal (n = 140.642) de una intervención multicomponente que incluía el rastreo de la hipertensión informó menos ingresos hospitalarios anuales relacionados con enfermedades cardiovasculares por enfermedad cardiovascular en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control (diferencia, 3,02 por 1000 personas; OR 0,91 [IC95%, 0,86-0,97]).

El metanálisis de 15 estudios (n = 11.309) de detección inicial de la presión arterial en el consultorio mostró una sensibilidad combinada de 0,54 (IC95%, 0,37-0,70) y una especificidad de 0,90 (IC95%, 0,84-0,95), con considerable heterogeneidad clínica y estadística.

Dieciocho estudios (n = 57.128) de diversas modalidades de medición confirmatoria de la presión arterial fueron heterogéneos.

El metanálisis de 8 estudios de confirmación en el consultorio (n = 53 183) mostró una sensibilidad combinada de 0,80 (IC95%, 0,68-0,88) y especificidad de 0,55 (IC del 95%, 0,42-0,66).

El metanálisis de 4 estudios de confirmación domiciliarios (n = 1001) mostró una sensibilidad combinada de 0,84 (IC del 95%, 0,76-0,90) y una especificidad de 0,60 (IC del 95%, 0,48-0,71).

Daños

Trece estudios (n = 5150) sugirieron que el rastreo no se asoció con una disminución de la calidad de vida o con angustia psicológica; la evidencia sobre el ausentismo fue mixta.

La medición ambulatoria de la presión arterial se asoció con alteraciones temporales del sueño y hematomas.

Trece estudios (n = 5150) sugirieron que el rastreo no se asoció con una disminución de la calidad de vida o con angustia psicológica; la evidencia sobre el ausentismo fue mixta.

La medición ambulatoria de la presión arterial se asoció con alteraciones temporales del sueño y hematomas.

Conclusiones y relevancia

El rastreo mediante la medición de la presión arterial en el consultorio tuvo importantes limitaciones de precisión, incluido el diagnóstico erróneo;

Sin embargo, los daños directos de la medición fueron mínimos.

Se necesita investigación para determinar los algoritmos de detección y confirmación óptimos para la práctica clínica.

Población	Recomendación	Grado
Adultos de 18 años o más que no se saben hipertensos	La USPSTF recomienda el rastreo en el consultorio. La USPSTF recomienda indicarle al paciente que se tome la presión fuera del ámbito clínico para confirmar el diagnóstico antes de empezar tratamiento.	A

Referencia.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2779191>

Hipertensión: ¿Un medicamento a dosis plena o dos a baja dosis?

Publicado el 19/09/21

Existe una fuerte evidencia de asociación entre la presión arterial y las complicaciones cardiovasculares incidentes, y los estudios de intervención han demostrado que el tratamiento antihipertensivo reduce los eventos cardiovasculares y la mortalidad por todas las causas.

Sin embargo, muchos pacientes tratados por hipertensión no alcanzan los valores actuales de normalidad recomendados, y existen varias explicaciones posibles.

Los médicos de atención primaria solemos considerar que los efectos secundarios con el tratamiento son un problema, o considerar insuficiente la evidencia de los valores objetivos recomendados actuales.

La inercia resultante puede dar lugar a que los medicamentos antihipertensivos se prescriban en dosis inadecuadas o combinaciones inapropiadas, o causar seguimiento insuficiente y el ajuste adecuado del tratamiento.

La adherencia del paciente a la terapia prescrita puede ser baja debido a la falta de motivación entre los médicos y/o los pacientes.

Además, el conocimiento y las opiniones entre los pacientes sobre la hipertensión y los medicamentos también pueden afectar la adherencia al tratamiento.

La mayor parte del efecto sobre la reducción de la presión arterial y el menor riesgo de efectos secundarios se logra con dosis bajas para la mayoría de las clases de medicamentos antihipertensivos, lo que sugiere que comenzar el tratamiento con una combinación de medicamentos para reducir la presión arterial en dosis bajas podría mejorar el control de la presión arterial.

Hace poco se publicó en el Lancet (1), los resultados de un estudio aleatorizado, controlado, de grupos paralelos, multicéntricos, de fase 3 en Australia que comprende 591 personas con hipertensión.

Los participantes tenían una presión arterial estándar en el consultorio no tratada de 140–179 mm Hg presión arterial sistólica o 90–109 mmHg presión arterial diastólica, o ambas (o presión arterial ambulatoria promedio diurna de 135 mm Hg u 85 mmHg o más), o estaban recibiendo monoterapia con una presión arterial estándar tratada en el consultorio de 130–179 mmHg de presión arterial sistólica o una presión arterial diastólica de 85–109 mmHg, o ambas (o presión arterial ambulatoria promedio diurna de 125 mmHg u 80 mmHg o más).

La edad media de los participantes fue de 59 años (DE 12); 356 (60%) eran hombres y 235 (40%) eran mujeres.

La presión arterial estándar basal en el consultorio fue de 153/89 mmHg, y la mitad de los participantes no fueron tratados previamente.

Los participantes fueron asignados al azar (doble ciego) a una combinación de dosis baja de un solo comprimido (irbesartán 37.5 mg, amlodipina 1.25 mg, indapamida 0.625 mg y bisoprolol 2.5 mg; n=300) o monoterapia inicial (irbesartán 150 mg; n=291).

Para lograr una presión arterial estándar en el consultorio por debajo de 140/90 mm Hg, se agregó amlodipina 5 mg a las 6 semanas, con medicamentos adicionales, si era necesario.

El resultado primario fue el cambio en la presión arterial sistólica desatendida en el consultorio a las 12 semanas (medida con un dispositivo OMRON HEM907).

Los resultados secundarios incluyeron la presión arterial estándar en el consultorio, la presión arterial ambulatoria, la seguridad y la tolerabilidad.

La mayoría de los pacientes fueron invitados a un seguimiento prolongado de 52 semanas con terapia cegada mantenida.

Resultados.

Hubo una mayor reducción de la presión arterial desatendida en el consultorio utilizando la combinación de dosis baja con un solo comprimido (142/86 mmHg a 120/71 mm Hg) que con la monoterapia inicial (140/83 mm Hg a 127/78 mm Hg), con una reducción de la presión arterial sistólica desatendida (resultado primario) de 6,9 mmHg (IC del 95%: 4,9 a 8,9; $p < 0,001$).

El tratamiento adicional fue menos común en el grupo de combinación de dosis baja con un comprimido que en el grupo de monoterapia inicial (15% frente a 40%).

Los resultados fueron consistentes en todos los subgrupos, también para las mediciones ambulatorias y estándar de la presión arterial en el consultorio, y para las presiones arteriales sistólica y diastólica.

La reducción de la presión arterial sistólica desatendida en los 417 participantes con un seguimiento de 52 semanas se mantuvo a favor de la combinación de dosis baja de comprimido único (-7.7 mm Hg, -5.2 a -10.3; $p < 0.001$).

Los informes de hipotensión ($p < 0,01$), bradicardia ($p < 0,01$) y mareos ($p = 0,07$) fueron más frecuentes en la combinación de dosis baja de un solo comprimido, pero no hubo diferencias importantes en la seguridad o tolerabilidad entre los dos grupos de estudio.

La mayoría de los pacientes con hipertensión requerirán dos o más medicamentos para alcanzar la presión arterial objetivo recomendada actualmente.

Estudios previos han demostrado que el inicio del tratamiento antihipertensivo con dos o más medicamentos, en comparación con la monoterapia, mejora la adherencia y la persistencia de los

medicamentos y el tratamiento, reduce la inercia del proveedor de atención, mejora el control de la presión arterial y reduce los eventos cardiovasculares; y las combinaciones de una sola píldora parecen ofrecer una ventaja adicional. (2)

Las clases de fármacos antihipertensivos podrían tener diferentes efectos sobre la fisiopatología cardiovascular más allá de los efectos de la reducción de la presión arterial, con posibles implicaciones pronósticas.

Esperamos estudios posteriores para mostrar la transición de la reducción de la presión arterial con estas combinaciones en relación a menores efectos adversos, o costos.

Referencias.

(1) [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01922-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01922-X)

(2) - Wald DS et al. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. *Am J Med.* 2009; 122: 290-300

- Mazzaglia G Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation.* 2009; 120: 1598-1605

- Egan B et al. Initial monotherapy and combination therapy and hypertension control the first year. *Hypertension.* 2012; 59: 1124-1131

- Gradman AH et al. Initial combination therapy reduces the risk of cardiovascular events in hypertensive patients: a matched cohort study. *Hypertension.* 2013; 61: 309-318

Caminar para bajar la presión arterial.

Publicado el 09/09/21

Bajar la presión arterial a niveles normales es efectivo para reducir los riesgos de enfermedades cardiovasculares.

Muchos de los factores de riesgo relacionados con la hipertensión, como la inactividad física, una dieta con altos niveles de sal y/o grasas, o el tabaquismo, están relacionados con el estilo de vida.

La actividad física es reconocida como un componente esencial de un estilo de vida saludable.

Sin embargo, a muchas personas les puede resultar difícil realizar ejercicios que se ajusten a su vida diaria.

Caminar es una actividad de bajo costo y que muchas personas pueden hacer. Estudios anteriores han mostrado resultados inconsistentes del efecto de caminar en el control de la presión arterial.

Características de los estudios

Se incluyeron 73 ensayos con 5763 participantes de 22 países, publicados hasta marzo de 2020.

Estos ensayos incluyeron hombres y mujeres; con un rango de edad de 16 a 84 años con aproximadamente la mitad de más de 60 años (51%) y el 39% de 41 a 60 años con diversas condiciones de salud.

Los tipos de actividad de caminata variaron, incluyendo caminatas en el hogar, la comunidad, la escuela o el gimnasio varias veces a la semana con diferentes niveles de intensidad.

Resultados

Se encontró evidencia de certeza moderada que indica que **caminar reduce la presión arterial sistólica (PAS)**.

Se encontró evidencia de certeza moderada que indica que caminar reduce la PAS en participantes de 40 años o menos y evidencia de baja certeza de que caminar reduce la PAS en participantes de 41 años o más.

También se encontró evidencia de certeza baja que indica que caminar reduce la PAS en mujeres y hombres.

Se encontró evidencia de certeza baja que indica que caminar reduce la presión arterial diastólica (PAD) y la frecuencia cardíaca.

Sólo 21 estudios informaron un total de ocho eventos adversos, y se informaron lesiones de rodilla cinco veces como un evento adverso.

Descenso de TA sistólica -4.11 mmHg, IC95% -5.22 a -3.01 mm Hg; 73 estudios, n = 5060

Descenso de TA diastólica -1.79 mmHg, IC95% -2.51 to -1.07; 69 estudios, n = 4711

Muchos estudios no informaron cómo se asignaron los participantes a los grupos de caminata y control y si los que evaluaron los resultados sabían a qué grupo pertenecían los participantes o eran ciegos.

Sin embargo, los resultados de la presión arterial y la frecuencia cardíaca son medidas objetivas y, por lo tanto, es menos probable que se vea influenciados por el conocimiento de si un participante estaba en un grupo de caminata o control.

Los hallazgos sugieren que caminar con una intensidad moderada, tres a cinco veces por semana, de 20 a 40 minutos de duración y 150 minutos por semana durante aproximadamente tres meses podría tener un efecto en la reducción de la presión arterial.

Referencia

https://www.cochrane.org/CD008823/HTN_effect-walking-blood-pressure-control

Problemas osteo artículo musculares

El tratamiento intraarticular con plasma rico en plaquetas.

Publicado el 27/11/21

En comparación con la inyección de placebo de solución salina, ¿mejora los síntomas y la estructura articular en pacientes con osteoartritis de rodilla?

Se acaba de publicar este ensayo clínico aleatorizado (1) que incluyó a 288 adultos de 50 años o más con osteoartritis de rodilla radiográfica leve a moderada, el tratamiento intraarticular con PRP vs inyección de placebo dio como resultado un cambio medio en las puntuaciones de dolor de rodilla de -2,1 frente a -1,8 en una escala de 11 puntos. (rango, 0-10) y un cambio medio en el volumen del cartílago tibial medial de -1,4% frente a -1,2% a los 12 meses.

Ninguna comparación fue estadísticamente significativa.

Conclusión

Entre los adultos con osteoartritis de rodilla leve a moderada, el tratamiento con PRP vs la inyección de solución salina no mejoró significativamente el dolor de rodilla ni retrasó la progresión de la enfermedad.

Referencia:

(1) <https://bit.ly/3lbaP2D>

Diferencias entre el dolor articular y el peri-articular.

Publicado el 07/11/21

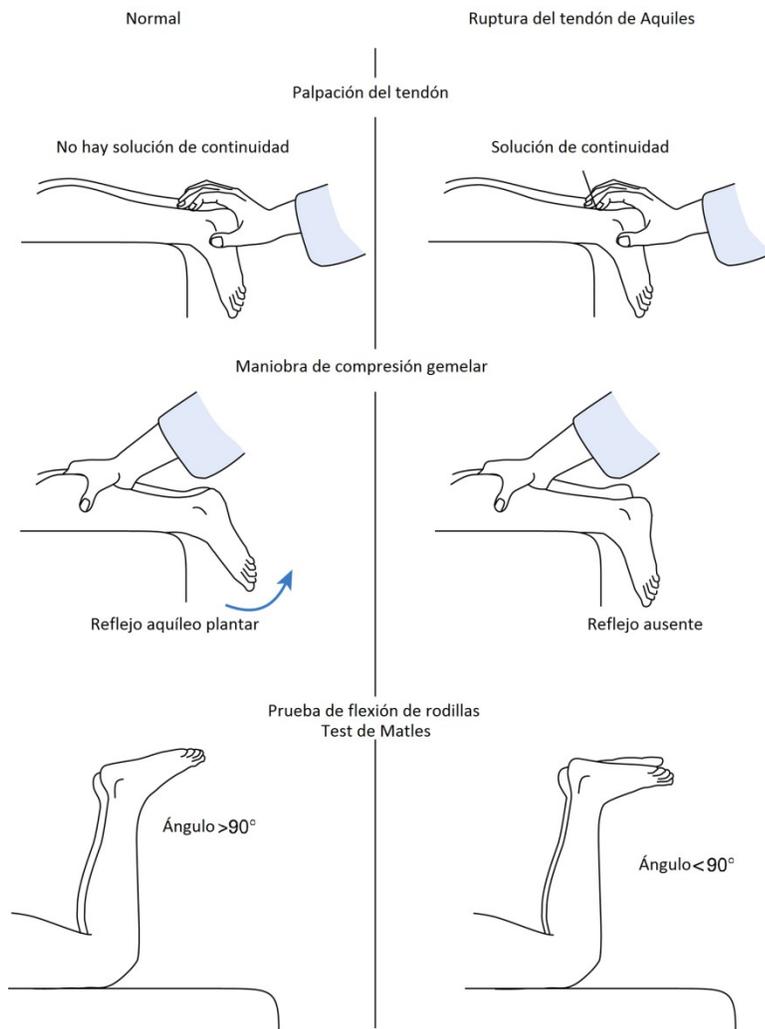
En la patología reumática es importante diferenciar entre el dolor articular del peri-articular. Aquí repasamos las diferencias entre los dos.

Articular	Extra-articular
Duele en todos los planos	Dolor en el plano del tendón
Activo = Pasivo	Activo > Pasivo
Derrame o edema capsular	Edema (puede haber escaso)
Dolor a nivel de la interlínea articular	Dolor localizado
Calor / eritema difuso	Calor / eritema localizado
Puede haber: Crepitación , inmovilidad, deformidad, inestabilidad.	Poco frecuente

Rotura del tendón de Aquiles.

Publicado el 24/09/21

- Los pacientes que experimentan roturas del tendón de Aquiles pueden presentarse con o sin dolor y aún pueden mantener su capacidad para deambular o flexionar los tobillos. Si hay dolor, generalmente ocurre de 2 a 6 cm proximal a la inserción del tendón de Aquiles en el calcáneo.
- Al evaluar la tendinopatía de Aquiles, es necesario palpar el trayecto del tendón de Aquiles con especial atención a cualquier edema, equimosis o defecto palpable o discontinuidad del tendón.
- La prueba de compresión gemelar (Thompson) positiva es un medio preciso para evaluar las roturas del tendón de Aquiles.



- Las roturas agudas del tendón de Aquiles deben tratarse en un plazo de 14 días.

Se ha demostrado que la intervención quirúrgica reduce las tasas de ruptura repetida en comparación con las opciones de tratamiento no quirúrgico, pero tiene tasas más altas de complicaciones asociadas.

- Aunque el plasma rico en plaquetas (PRP) autólogo se usa comúnmente, un ensayo (3) aleatorizado, controlado con placebo ha demostrado que no es mejor que el placebo para la rotura aguda del tendón de Aquiles.

(1) Deng S., et al.: Surgical treatment versus conservative management for acute Achilles tendon rupture: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Foot Ankle Surg* 2017; 56: pp. 1236-1243.

(2) Kadakia A., et al.: Acute Achilles tendon ruptures: an update on treatment. *J Am Acad Orthop Surg* 2017; 25 (1): pp. 23-31.

(3) Keene DJ. et al: Platelet rich plasma injection for acute Achilles tendon rupture: PATH-2 randomised, placebo controlled, superiority trial, *BMJ* I6132, Nov 20, 2019.

Tenosinovitis de Quervain.

Publicado el 21/08/21

La tenosinovitis de De Quervain, es la inflamación o estenosis de la vaina que rodea los tendones abductor largo del pulgar y extensor corto del pulgar en la muñeca.

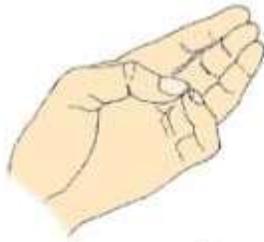
Esto ocasiona dolor, inflamación e incluso bloqueo de los tendones dentro del primer compartimento cuando el paciente mueve el pulgar.

Suele afectar a mujeres de mediana edad y se suele desencadenar por el uso repetido del pulgar. Los pacientes refieren dolor en la estiloides radial que empeora al intentar mover el pulgar o cerrar el puño.

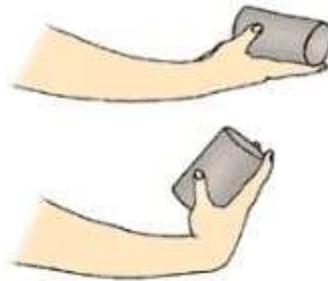
El paciente también puede referir crujidos al mover el pulgar en la zona de la estiloides radial.

Aunque no se conoce la causa exacta de la tenosinovitis de De Quervain, cualquier actividad que dependa de movimientos repetitivos de la mano o la muñeca, como trabajar en la casa, el jardín, levantar al bebé, puede empeorarla.

Ejercicios tenosinovitis de Quervain



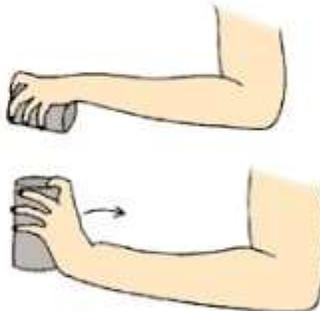
Ejercicios de oposición.



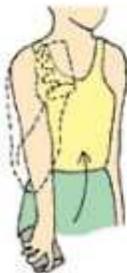
Ejercicios de flexión de muñeca .



Ejercicios de fortalecimiento de muñeca con ejercicios hacia lado radial



Ejercicio de extensión de muñeca.



Ejercicio de báscula con la palma hacia abajo.



Ejercicio de extensión de dedos con resistencia.

Copyright © 2001 McKesson Health Solutions LLC. All rights reserved.

Enfermedad de Dupuytren.

Publicado el 26/06/21

La enfermedad de Dupuytren es una afección común de la mano que afecta la fascia palmar.

Inicialmente, se manifiesta como engrosamiento de la piel sobre la palma.

Luego puede convertirse en nódulos o cordones que actúan impidiendo el normal funcionamiento.

Estos pueden luego progresar a contracturas que se manifiestan como deformidades en flexión de los dedos

La contractura puede extenderse a través de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, afectando más comúnmente a los dedos anular y meñique.

Las tasas de prevalencia varían mucho según el grupo de población y el diseño del estudio.

¿Qué sabemos sobre causas y factores de riesgo?

Se desconoce la causa exacta de la enfermedad de Dupuytren, aunque se ha sugerido una angiopatía microvascular como un posible mecanismo subyacente.

Existe una fuerte asociación genética (un estudio encontró un 80% de heredabilidad).

La edad de la primera presentación suele ser entre 50 y 70 años, y los hombres tienen tres veces más probabilidades de verse afectados que las mujeres.

La diabetes, especialmente cuando se asocia al uso de hipoglucemiantes orales o insulina, es un factor de riesgo.

La ingesta de alcohol y tabaquismo también se han relacionado con el desarrollo de la enfermedad.

El vínculo entre Dupuytren y epilepsia sigue sin estar claro, aunque la evidencia más reciente sugiere que la asociación puede deberse al efecto de ciertos medicamentos antiepilépticos.

También existe incertidumbre sobre la asociación entre la enfermedad de Dupuytren y el trabajo manual, en particular el uso de herramientas vibratorias.

Muchos autores han vinculado los traumatismos repetitivos de la mano asociados con ciertas ocupaciones con el desarrollo de la enfermedad de Dupuytren, pero un estudio de los patrones de enfermedad en los mineros no encontró una correlación estadísticamente significativa entre los dos.

¿Cómo se maneja el Dupuytren en atención primaria?

La enfermedad de Dupuytren comienza como un nódulo, generalmente lineal en el dedo anular.

Esto luego puede progresar para formar una contractura que involucre uno o más dígitos.

La enfermedad ectópica también es una posibilidad, ya que la enfermedad de Dupuytren puede asociarse con lesiones que afectan los pies (enfermedad de Ledderhose) o el pene (enfermedad de Peyronie).

La afección puede ser severamente debilitante, y muchos pacientes experimentan limitaciones considerables en el trabajo y en las actividades diarias (como vestirse, tareas manuales).

La evaluación del deterioro funcional con preguntas sobre qué acciones les resultan difíciles y cómo esto afecta su vida.

También es importante explorar las expectativas de los pacientes sobre el tratamiento y adaptar la consulta en consecuencia.

Se han probado varios tratamientos no invasivos, incluidas las vitaminas tópicas y la radioterapia: se ha demostrado que en su mayoría son ineficaces y no son recomendados por las guías de práctica del NICE.

Se ha descubierto que la ferulización nocturna no tiene ningún beneficio en el tratamiento.

Los estudios han demostrado una mejora funcional temprana con ultrasonido y masajes, pero la evidencia general para estas intervenciones es deficiente, con un número reducido de participantes y datos limitados sobre los resultados a largo plazo.

Es importante tranquilizar a los pacientes diciéndoles que el dolor asociado con los nódulos desaparecerá con el tiempo.

La analgesia simple y las inyecciones de corticosteroides en los nódulos pueden ayudar a controlar el dolor en las etapas iniciales de la enfermedad.

Un estudio encontró que las inyecciones repetidas de corticosteroides en Dupuytren pueden provocar el ablandamiento de los nódulos y ralentizar la progresión de la enfermedad.

Los guantes personalizados se pueden usar para ciertas actividades como el golf o el levantamiento de pesas; estos están acolchados para mejorar la función de agarre y brindar protección a la mano para reducir la incomodidad.

¿Cuándo se debe derivar a los pacientes?

Aunque la enfermedad de Dupuytren es de naturaleza progresiva, la mayoría de los pacientes con diagnóstico no requieren ninguna intervención quirúrgica.

Los nódulos o cordones simples que no causen un deterioro funcional grave pueden tratarse de forma conservadora y no requieren una derivación a atención secundaria a menos que la enfermedad avance.

En general, se recomienda hablar de la intervención quirúrgica cuando la contractura impide que los pacientes apoyen la mano sobre una mesa o si existe un deterioro funcional sustancial.

Cuándo derivar a los pacientes con enfermedad de Dupuytren a la atención secundaria

- * Contractura de la articulación metacarpofalángica de al menos 30° o contractura de la articulación interfalángica proximal de 10-20°.
- * Contracturas severas del pulgar que interfieren con la función.
- * Progresión rápida durante unos meses.

Referencia:

BMJ 2021; 373: n1308 :<https://doi.org/10.1136/bmj.n1308> (Publicado el 4 de junio de 2021)

Lesión por hiperextensión de dedos en niños.

Publicado el 27/05/21

Las lesiones de los dedos de las manos se encuentran entre los traumatismos más frecuentes en los niños. Suelen aparecer durante las actividades deportivas, principalmente las que usan pelota, y ocurren con mayor frecuencia entre los 10 y los 17 años.

La mayoría de estas lesiones son esguinces, avulsiones óseas de la articulación interfalángica proximal (IFP) y fracturas estables que solo requieren tratamiento sintomático y curan sin secuelas. La incidencia de las lesiones importantes en esta población es baja.

Si bien actualmente existe una gran variedad de opiniones para su manejo, la evidencia es poca y no permite normatizar un modelo de abordaje.

Tampoco existen pautas específicas sobre el examen clínico y no hay algoritmos estandarizados para el uso de radiografías.

Los esguinces simples de los dedos y las pequeñas fracturas tienen una presentación clínica muy similar: dolor, edema y/o hematoma que se centran en el lugar de la lesión.

La movilidad se reduce ligeramente y no hay inestabilidad ni angulación articular. Por el contrario, las fracturas inestables o desplazadas y las lesiones graves de ligamentos a menudo se presentan con deformidad axial o angular del dedo, incapacidad para moverlo o inestabilidad articular.

Objetivo

Desarrollar una guía de decisión clínica para el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones por hiperextensión de los dedos largos de la mano.

Diseño

Se incluyeron 300 pacientes de entre 6 y 16 años de edad con una lesión aguda por hiperextensión de la articulación IFP generada accidentalmente en la práctica de deportes con pelota. Con los resultados del examen clínico se clasificó a los pacientes en 2 grupos según el riesgo de tener lesiones graves: lesión de alto riesgo (81 pacientes) versus lesión de bajo riesgo (219 pacientes). Se tuvieron en cuenta 4 variables clínicas:

- 1- Dolor, edema o hematoma centrado en la cara palmar de la articulación IFP o en cualquier otra ubicación.
- 2- Presencia o ausencia de deformidad angular o en rotación
- 3- Motilidad activa del dedo.
- 4- Estabilidad articular y ósea.

Si alguna de las 4 variables estaba presente, se consideraba a la lesión de alto riesgo.

Se recopilaron los hallazgos radiográficos patológicos y se analizó el riesgo de complicaciones tardías. Se evaluó el valor predictivo del examen clínico en la identificación de las lesiones de bajo riesgo.

Resultados

La mayoría (67%) de los niños que consultaron por un traumatismo en el dedo por hiperextensión no presentaron fractura. Ningún niño con un examen clínico de bajo riesgo tuvo un diagnóstico posterior de alto riesgo (fractura intraarticular relevante o dislocación). Entre los 64 diagnósticos clínicos de alto riesgo, solo se encontraron 12 fracturas significativas.

Conclusión

Las decisiones de tratamiento después de una lesión por hiperextensión de la articulación IFP en los niños pueden basarse en un examen clínico utilizando un protocolo de evaluación estandarizado. En esta guía, se obtuvo una sensibilidad del 100% para descartar una lesión significativa. Los resultados actuales mostraron que la mayoría de las radiografías que se realizan habitualmente son evitables. Una vez validada la regla de decisión, su aplicación mejorará la atención del paciente, reducirá los tiempos de espera en los centros de emergencia, evitará la exposición innecesaria a la radiación y, posiblemente, reducirá los costos.

Referencia:

Resumido de Steiger CN, Rayer D, Tabard-Fougere A, Ceroni, D. Proximal Interphalangeal Hyperextension Injuries in Children: The Development of a Clinical Decision Guide. J Pediatr. 2020 Oct 21; doi: 10.1016/j.jpeds.2020.10.038

Fracturas en botón o en bucle.

Publicado el 06/02/21

Las fracturas en botón (hebilla) son las fracturas más comunes de la muñeca en los niños y afectan el radio distal y/o el cúbito (Ver fig.).

Por lo general, ocurren en niños hasta los 14 años, generalmente después de una caída de poca energía.

La flexibilidad del hueso inmaduro en los niños permite que la fuerza se absorba como lo hace en la "zona de deformación" de un automóvil: Por aplastamiento.

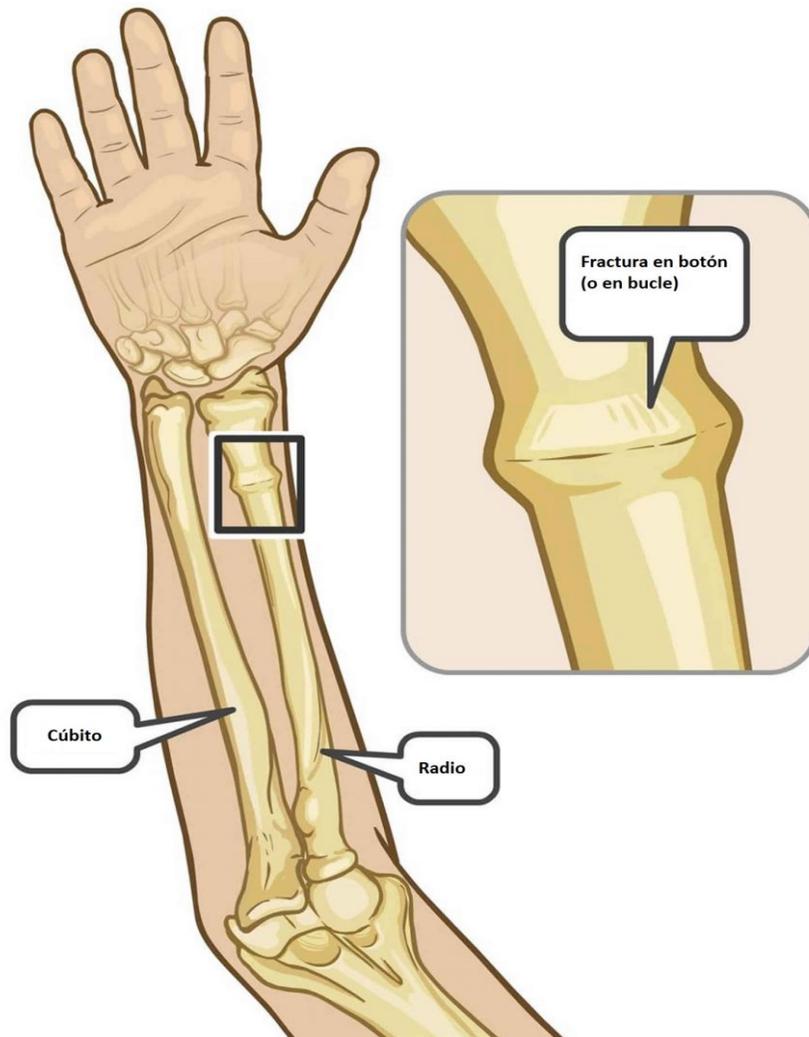
La corteza ósea se comprime y se produce un "arrugamiento". Es una fractura NO desplazada.

Tales fracturas difieren de las fracturas en tallo verde, en las que el hueso se dobla (en lugar de aplastarse), lo que resulta en una rotura completa de la corteza y una curva en el lado opuesto (similar a romper una ramita fresca de un árbol).

Las fracturas en botón resultan en una deformidad leve sin rotura de la superficie ósea, y el dolor es la principal característica clínica.

El niño puede necesitar ayuda con el trabajo escolar, no realizar actividad física y ayuda con el cuidado personal durante el período de recuperación.

- La evidencia sugiere que la mayoría de los niños con fracturas en botón del radio distal se recuperan por completo en seis semanas sin problemas graves (incluida la repetición de lesiones) cuando se tratan con férulas simples.
- La inmovilización con férula y el alta inmediata son las recomendadas en la última actualización de las guías NICE, sin embargo, la calidad científica de la evidencia que sustenta las pautas se califica como baja o muy baja.
- Los médicos pueden considerar el tratamiento con vendajes o incluso ningún tratamiento en el manejo de esta lesión, aunque aún no se conocen la seguridad y aceptabilidad de este enfoque para los pacientes.



Referencia:

<https://www.bmj.com/content/372/bmj.m4862>

¿Cómo se evita la recaída al suspender los antidepresivos?

Publicado el 19/08/2021

La depresión es ahora la principal causa de discapacidad en el mundo (1).

Además de los síntomas de la depresión en sí, las personas con depresión experimentan una peor calidad de vida, dificultades en el trabajo y, en ocasiones, dificultades para realizar las actividades cotidianas normales.

Además la depresión es un factor de riesgo de suicidio.

Después de mejorar de un episodio de depresión, **al menos la mitad de las personas volverán a sentirse mal (recaída)**, la mayoría dentro de los seis meses.

Algunas personas experimentan múltiples episodios recurrentes de depresión a lo largo de su vida. A veces, la recaída se puede confundir con los efectos de abstinencia al dejar de tomar antidepresivos (2).

A veces, esto puede hacer que las personas vuelvan a tomar antidepresivos que habían querido suspender.

Una mejor comprensión de la recaída también puede abordar este problema.

¿Cuánto puede afectar la recaída de la depresión en la vida de una persona y cómo ayudar a las personas que se recuperan a mantenerse sanas?

La mayoría de las personas que buscan ayuda para depresión reciben tratamiento dentro de la atención primaria, por lo que este ámbito será nuestro foco de discusión.

¿Cómo se puede prevenir la recaída de la depresión?

Hay varias opciones diferentes para tratar de evitar que ocurra una recaída.

La mejor evidencia que tenemos sugiere que los medicamentos antidepresivos, las psicoterapias o una combinación de los dos reducen el riesgo de tener una recaída (3,4).

Otros enfoques potenciales son mejorar y guiar la capacidad de las personas para cuidarse a sí mismas y monitorear sus síntomas para buscar señales tempranas de una posible recaída.

La evidencia de estos enfoques en un entorno de atención primaria (práctica general) es escasa y la mayoría de la evidencia que tenemos proviene de un entorno de atención secundaria (especialista).

Los autores están realizando actualmente dos revisiones Cochrane con el objetivo de mejorar la base de evidencia para la prevención de recaídas en la atención primaria (3).

¿Por qué sería útil predecir la recaída de la depresión?

¿Por qué querríamos poder predecir quién recaerá?

Primero, si podemos identificar a las personas con mayor riesgo de recaída, entonces podríamos saber quién precisará tratamientos para prevenir la recaída.

Las demás personas pueden estar bien sólo vigilando sus síntomas y buscando ayuda si la necesitan.

Esta teoría necesitaría ser probada para comprobar qué es lo que funciona, pero la predicción precisa debe ser lo primero.

En segundo lugar, es posible que las personas con diferentes niveles de riesgo respondan de manera diferente a diferentes intervenciones.

Dar diferentes tratamientos a diferentes personas en función de sus características individuales y nivel de riesgo se conoce como medicina personalizada y es algo que todavía no podemos hacer en esta área.

Por último, la información sobre el nivel de riesgo de recaída podría ser información valiosa para las personas con depresión y los médicos de cabecera.

Esto puede permitir que las personas con depresión tomen decisiones más informadas sobre su atención a largo plazo.

Es posible que algunas personas no deseen conocer o discutir su riesgo de recaída de la depresión y, al igual que con cualquier plan de tratamiento, sería necesario discutirlo primero con la persona en riesgo de recaída.

¿Cuál es la evidencia para predecir la recaída de la depresión?

Recientemente se publicó una de las primeras revisiones de pronóstico Cochrane revisando todos los modelos de predicción existentes que intentan predecir la recaída de la depresión (4).

Los modelos de predicción combinan información sobre varios factores diferentes (como la edad, o qué tan grave fue su depresión y cuántas veces ha tenido depresión).

Luego producen un riesgo, o probabilidad, de que la persona tenga un resultado particular (en este caso, recaída).

En la revisión, se identificaron 10 modelos de predicción (de once estudios relevantes) para predecir recaída de depresión.

Algunos de los modelos sugirieron que podría ser posible una predicción precisa.

Sin embargo, una parte importante de cualquier revisión Cochrane es la evaluación del riesgo de sesgo (es decir, ¿hubo algún problema en la forma en que se llevaron a cabo los estudios que signifique que no podemos confiar plenamente en los resultados?).

En esta revisión, el riesgo de sesgo se evaluó como alto en todos los estudios identificados excepto en uno, por lo que no se puede estar muy seguros de sus resultados.

El estudio con bajo riesgo de sesgo predecía mal las recaídas.

Por lo tanto, no se puede confiar en los resultados presentados y no hay evidencia para estar seguros de si estos modelos podrían usarse en la práctica clínica.

Actualmente, hay una falta de herramientas basadas en evidencia (modelos de predicción de recaídas) que permitan estimar el riesgo de recaída.

Es posible que el tipo de información que tiene disponible un médico de familia no permita una precisa predicción y pedirle a los médicos de cabecera que recopilen información adicional puede no ser factible en una consulta de tiempo limitado.

Si la recaída no se puede predecir muy bien, entonces es posible que se necesite encontrar una manera de ofrecer a todos los pacientes más apoyo para prevenirla, independientemente del riesgo.

Debido a la evidencia limitada es probable que siempre que consulte un paciente con síntomas de depresión se interroge sobre:

- la cantidad de veces que el paciente ha tenido depresión antes.
- que tan completamente se ha recuperado.
- lo que está sucediendo en su vida que podría desencadenar una recaída.

Puede que en el futuro, haya mejores pruebas disponibles para que sea más específico.

Referencias:

(1) World Health Organization. Key facts: depression. Geneva: World Health Organization; 30 January 2020. Web. 04 August 2021. Available from: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/depression>

(2) Horowitz M. Stopping antidepressants: what is the best way to come off them? Evidently Cochrane blog, 04 June 2021. Web. 22 June 2021. <https://www.evidentlycochrane.net/stopping-antidepressants-what-is-the-best-way-to-come-off-them/>

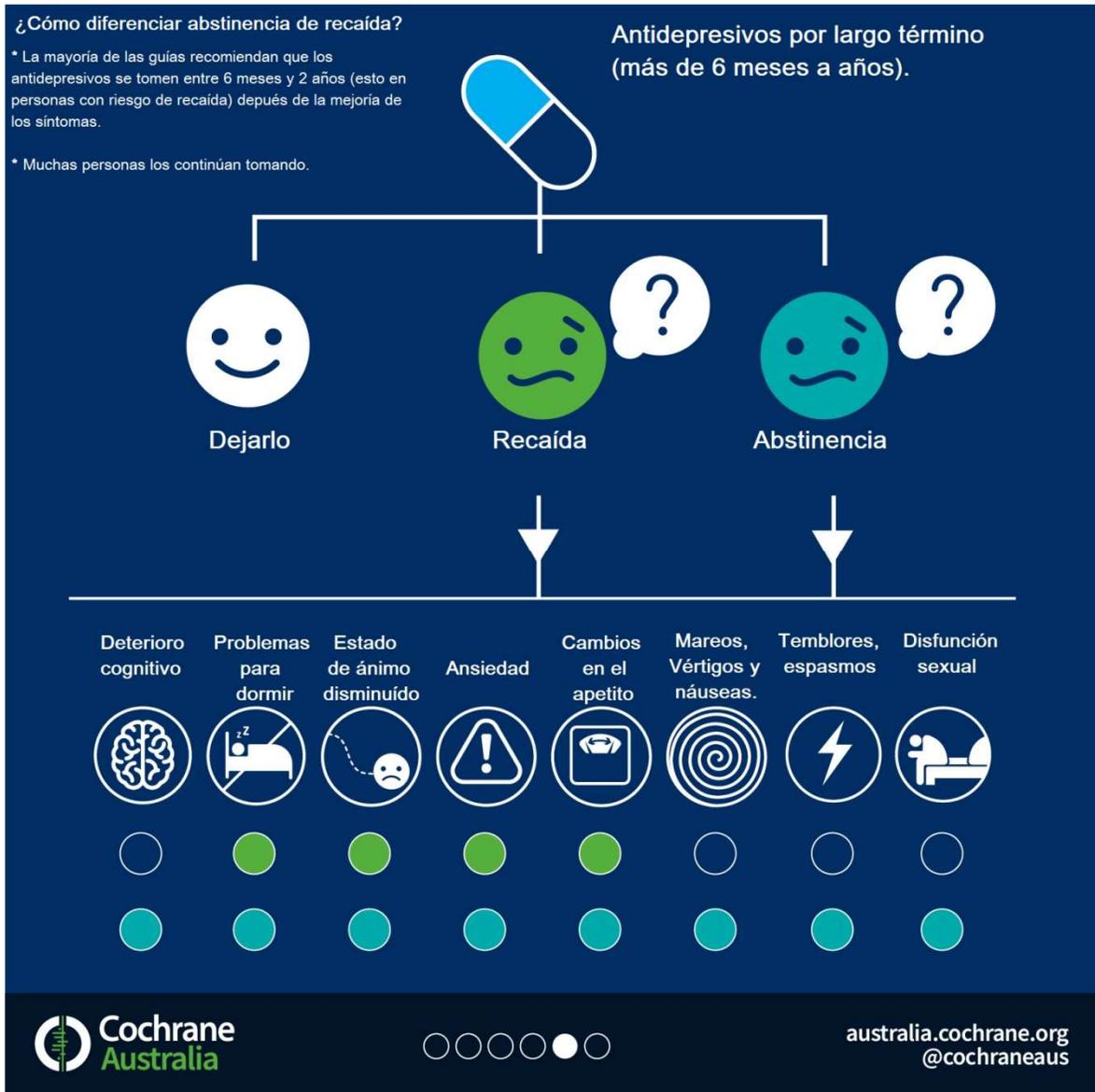
(3) Lenora R, Kumar A, Uphoff E, Meader N, Furtado VA. Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 7. Art. No.: CD013383. DOI: 10.1002/14651858.CD013383. Accessed 04 August 2021. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013383/full>

(4) Moriarty AS, Meader N, Snell KIE, Riley RD, Paton LW, Chew-Graham CA, Gilbody S, Churchill R, Phillips RS, Ali S, McMillan D. Prognostic models for predicting relapse or recurrence of major depressive disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 5. Art. No.: CD013491. DOI: 10.1002/14651858.CD013491.pub2. Accessed 04 August 2021. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013491.pub2/full>

¿Recaída o abstinencia al suspender los antidepresivos?

Publicado el 25/04/21

Una revisión Cochrane nos puede ayudar.



Referencia:

<https://www.cochranelibrary.com/.../14651858.../full>

Violencia sexual: 5 puntos a tener siempre presentes.

Publicado el 07/08/2021

El CMAJ acaba de publicar (1) 5 puntos importantes a tener en cuenta con víctimas de violencia sexual:

1. Un historial de violencia sexual reduce la probabilidad de que las personas se sometan a exámenes genitales o ginecológicos oportunos.

En Canadá, más de la mitad de las personas transgénero, 1 de cada 3 mujeres y 1 de cada 8 hombres informan haber experimentado violencia sexual.

Los exámenes genitales desencadenan flashbacks y aumentan los síntomas de ansiedad en aproximadamente el 50% de las personas que han sufrido agresión sexual.

Dada esta alta prevalencia, la atención basada en el trauma comienza con la suposición de que cualquier persona puede haber experimentado un trauma sexual.

2. Los exámenes informados sobre el trauma se realizan "con" los pacientes, asegurándose de que se sientan seguros, tengan el control y se les ofrezcan opciones.

El objetivo es brindar un apoyo óptimo mientras se evitan los desencadenantes o se agravan los síntomas del trauma.

Los profesionales de la salud deben utilizar un lenguaje neutro en cuanto al género; ser sensible a las cuestiones culturales, históricas y de género; y explicar a los pacientes qué esperar tanto antes como durante el examen.

3. Las preferencias del paciente deben establecerse antes del examen y deben adaptarse.

Los pacientes pueden preferir elegir el momento del examen (p. ej., en el momento actual o una cita futura) y pueden preferir tener una persona de apoyo presente durante el examen.

Es posible que deseen recolectar muestras o insertar instrumentos por sí mismos.

4. Preservar la dignidad de los pacientes les ayuda a sentirse empoderados durante el examen.

Los médicos deben salir de la habitación cuando los pacientes se desnuden y cuando se vistan.

Esto valida la dignidad del paciente y le da tiempo para formular preguntas.

Durante el examen, se debe cubrir el cuerpo del paciente, exponiendo solo aquellas áreas que es necesario exponer y por el menor tiempo requerido.

Los hallazgos deben compartirse solo cuando el paciente esté completamente vestido.

5. A las personas que rechazan un examen se les debe ofrecer una autoevaluación.

Los estudios de autoprueba para el virus del papiloma humano y las infecciones de transmisión sexual han mostrado altas tasas de participación, facilidad para la autocolecta de muestras y efectividad de las intervenciones.

Las muestras de muestras de cuello uterino y vaginal para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* arrojaron sensibilidades de prueba del 94% al 99% y especificidades del 97% al 99%;

Las muestras vaginales auto-muestreadas para *Candida albicans*, *dubliniensis*, *parapsilosis* y *tropicalis* mostraron una sensibilidad de prueba del 90% al 94% y una especificidad del 90% al 93%.

Los resultados de las muestras recolectadas por ellos mismos fueron similares a los de las muestras recolectadas por los médicos.

Las pruebas de orina tienen una sensibilidad del 98% y una especificidad del 99% para *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae* y pueden utilizarse en lugar de frotis cervicales en aquellas personas que no deseen recolectar muestras vaginales.

Referencia:

(1) <https://www.cmaj.ca/content/193/28/E1090>

¿Cuál es la eficacia de Alcohólicos Anónimos?

Publicado el 03/07/2021

El trastorno por consumo de alcohol confiere una carga enorme de enfermedad, discapacidad, mortalidad prematura y costos económicos altos debido a la pérdida de productividad, accidentes, violencia, encarcelamiento y aumento de la utilización de la atención sanitaria.

Durante más de 80 años, Alcohólicos Anónimos (AA) ha sido una organización para recuperar pacientes con diferentes grados de trastorno por consumo de alcohol muy generalizada, con millones de miembros y tratamiento gratuito en los lugares de acceso, pero solo recientemente se han realizado investigaciones rigurosas sobre su efectividad.

Objetivos

Evaluar si los tratamientos de AA llevados a cabo por compañeros y los tratamientos administrados por profesionales que facilitan la participación en programas de AA (intervención de los 12 pasos) logran resultados importantes, específicamente: abstinencia, reducción de la intensidad del consumo, reducción de las consecuencias relacionadas con el alcohol, gravedad de la adicción al alcohol y compensación de los costes de atención sanitaria.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Drogas y Alcohol (Cochrane Drugs and Alcohol Group Specialized Register), en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), en PubMed, Embase, CINAHL y PsycINFO desde su inicio hasta el 2 de agosto 2019.

Se realizaron búsquedas de estudios en curso y no publicados a través del ClinicalTrials.gov, la International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 15 de noviembre 2018.

Todas las búsquedas incluyeron bibliografía en idiomas diferentes al inglés.

Se realizaron búsquedas manuales de referencias de revisiones sistemáticas relacionadas con el tema y de bibliografías de los estudios incluidos.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos controlados aleatorizados (ECA), ensayos controlados cuasi aleatorizados y estudios no aleatorizados que comparaban programas de AA o los doce pasos (AA/TSF) con otras intervenciones, como la terapia de estímulo motivacional (TEM) o la terapia cognitivo-conductual (TCC), variantes del tratamiento de los 12 pasos o ningún tratamiento.

También se incluyeron estudios de compensación de costes sanitarios.

Los participantes fueron adultos voluntarios con trastorno por consumo de alcohol.

Obtención y análisis de los datos

Los estudios se clasificaron de acuerdo al: diseño del estudio (ECA/ensayo controlado cuasi aleatorizado; no aleatorizado; económico);

grado de estandarización (todas las intervenciones estandarizadas versus algunas/ninguna); y tipo de intervención de comparación (es decir, si se comparó AA / 12 pasos con una intervención con una orientación teórica diferente o con una intervención de AA/12 pasos que variaba en cuanto al estilo o la intensidad).

En los análisis se siguió la metodología Cochrane y se calculó la diferencia de medias estandarizada (DME) para las variables continuas (p.ej. porcentaje de días de abstinencia [PDA]) o el riesgo relativo (RR) para las variables dicotómicas.

Se realizaron metanálisis de efectos aleatorios para agrupar los efectos siempre que fue posible.

Resultados principales

Se incluyeron 27 estudios con 10.565 participantes (21 ECA/ensayos controlados cuasi aleatorizados, cinco no aleatorizados y un estudio puramente económico).

La edad promedio de los participantes de los estudios varió de 34,2 a 51 años.

Los programas de AA / 12 pasos se compararon con intervenciones clínicas psicológicas, como TEM y TCC, y otras variantes del programa de 12 pasos.

El sesgo de selección se consideró alto en 11 de los 27 estudios incluidos, incierto en tres y bajo en 13 estudios.

El riesgo de sesgo de deserción se consideró alto en nueve estudios, incierto en 14 y bajo en cuatro, debido a las tasas moderadas (> 20%) de deserción en el estudio en general (ocho estudios) o en el grupo de tratamiento del estudio (un estudio).

El riesgo de sesgo debido al cegamiento inadecuado del investigador fue alto en un estudio, incierto en 22 y bajo en cuatro.

Los riesgos de sesgo derivados de los dominios restantes fueron principalmente bajos o inciertos.

Programas de AA/doce pasos (estandarizados) en comparación con tratamientos con una orientación teórica diferente (p.ej., TCC) (evidencia de ensayos aleatorizados/cuasi aleatorizados)

Los ECA que compararon programas de AA/doce pasos estandarizados con otras intervenciones clínicas (p.ej., TCC), mostraron que los programas de AA/doce pasos mejoran las tasas de abstinencia continua a los 12 meses (riesgo relativo [RR] 1,21; intervalo de confianza [IC] 95%: 1,03 a 1,42; dos estudios, 1936 participantes; evidencia de certeza alta).

Este efecto siguió siendo consistente a los 24 y a los 36 meses.

En cuanto al porcentaje de días de abstinencia (PDA), los programas de AA/12 pasos parecen presentar la misma efectividad que otras intervenciones clínicas a los 12 meses (diferencia de medias [DM] 3,03; IC95%: -4,36 a 10,43; cuatro estudios, 1999 participantes; evidencia de certeza muy baja), y una efectividad mejor a los 24 meses (DM 12,91; IC 95%: 7,55 a 18,29; dos estudios, 302 participantes; evidencia de certeza muy baja) y a los 36 meses (DM 6,64; IC95%: 1,54 a 11,75; un estudio, 806 participantes; evidencia de certeza muy baja).

Para el período más prolongado de abstinencia, los programas de AA/doce pasos pueden presentar la misma efectividad que las intervenciones de comparación a los seis meses (DM 0,60; IC95%: -0,30 a 1,50; dos estudios, 136 participantes; evidencia de certeza baja).

En cuanto a la intensidad del consumo, los programas de AA/doce pasos pueden presentar la misma efectividad que otras intervenciones clínicas a los 12 meses, medida de acuerdo a las bebidas por día de consumo (BDC) (DM -0,17; IC95%: -1,11 a 0,77; un estudio, 1516 participantes; evidencia de certeza moderada) y al porcentaje de días de consumo excesivo (PDCE) (DM -5,51; IC95%: -14,15 a 3,13; un estudio, 91 participantes; evidencia de certeza baja).

En cuanto a las consecuencias relacionadas con el alcohol, los programas de AA/12 pasos probablemente presentan la misma efectividad que otras intervenciones clínicas a los 12 meses (DM -2,88; IC 95%: -6,81 a 1,04; tres estudios, 1762 participantes; evidencia de certeza moderada).

En cuanto a la gravedad de la adicción al alcohol, un estudio encontró evidencia de una diferencia a favor de los programas de AA/12 pasos a los 12 meses ($p < 0,05$; evidencia de certeza baja).

Programas de AA/doce pasos (no estandarizados) en comparación con tratamientos con una orientación teórica diferente (p.ej., TCC) (evidencia de ensayos aleatorizados/cuasi aleatorizados)

Para la proporción de participantes completamente abstinentes, los programas de AA/TSF no estandarizados pueden presentar la misma efectividad que otras intervenciones clínicas a los tres a nueve meses de seguimiento (RR 1,71; IC 95%: 0,70 a 4,18; un estudio, 93 participantes; evidencia de certeza baja).

Los programas de AA/TSF no estandarizados también pueden presentar una efectividad ligeramente mejor que otras intervenciones clínicas para el PDA (DM 3,00; IC 95%: 0,31 a 5,69; un estudio, 93 participantes; evidencia de certeza baja).

En cuanto a la intensidad del consumo, los programas de AA/doce pasos pueden presentar la misma efectividad que otras intervenciones clínicas a los 9 meses, según la medición de las BDC (DM -1,76; IC 95%: -2,23 a -1,29; un estudio, 93 participantes; evidencia de certeza muy baja) y el PDCE (DM 2,09; IC95%: -1,24 a 5,42; un estudio, 286 participantes; evidencia de certeza baja).

Ninguno de los ECA que compararon los programas de AA/ doce pasos no estandarizados con otras intervenciones clínicas evaluaron el PMPA, las consecuencias relacionadas con el alcohol o la gravedad de la adicción al alcohol.

Estudios de coste-efectividad

En tres estudios, los programas de AA/ doce pasos dieron lugar a un mayor ahorro en los costes de salud que el tratamiento ambulatorio, la TCC y ningún tratamiento de AA/ doce pasos.

En el cuarto estudio se determinó que los costes totales de la atención médica disminuyeron en los participantes que asistieron al tratamiento con TCC, TEM y AA/ doce pasos, pero que entre los participantes con peores características pronósticas, los programas de AA/ doce pasos tuvieron un mayor potencial de ahorro de costes que la TEM (evidencia de certeza moderada).

Conclusiones de los autores

Hay evidencia de calidad alta de que las intervenciones de AA/ doce pasos estandarizadas son más efectivas que otros tratamientos establecidos, como la TCC, para aumentar la abstinencia. Los programas de AA/ doce pasos no estandarizados pueden presentar la misma efectividad que estos otros tratamientos establecidos. Las intervenciones de AA/ doce pasos estandarizadas y no estandarizadas, pueden presentar al menos la misma efectividad que otros tratamientos para otros resultados relacionados con el alcohol.

Los programas de AA/ doce pasos probablemente dan lugar a un ahorro significativo en los costes sanitarios entre los pacientes con trastorno por consumo de alcohol.

Referencia:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012880.pub2/full/es?contentLanguage=es>

Cannabis para el dolor.

Publicado el 12/09/21

El BMJ acaba de publicar una guía realizada por un panel de expertos sobre el papel del cannabis medicinal en el dolor crónico.

El mismo es común y angustiante y se asocia con una carga socioeconómica considerable a nivel mundial.

El cannabis medicinal se utiliza cada vez más para controlar el dolor crónico, particularmente en los países que han promulgado políticas para reducir el uso de opioides; sin embargo, las recomendaciones de las guías existentes son inconsistentes, y el cannabis sigue siendo ilegal para uso terapéutico en muchos países.

Recomendación

El panel de expertos de la guía emitió una recomendación débil para ofrecer un ensayo de cannabis medicinal no inhalado o cannabinoides, además de la atención y el tratamiento estándar (si no es suficiente), para las personas que viven con cáncer crónico o dolor no relacionado con el cáncer.

Cómo se creó esta guía

Un panel internacional de desarrollo de guías que incluye pacientes, médicos con experiencia en contenido y metodólogos produjo esta recomendación de acuerdo con los estándares para pautas confiables utilizando el enfoque GRADE.

El MAGIC Evidence Ecosystem Foundation (MAGIC) proporcionó apoyo metodológico. El panel aplicó una perspectiva individual del paciente.

La evidencia

Esta recomendación se basa en una serie vinculada de cuatro revisiones sistemáticas que resumen el cuerpo actual de evidencia de efectos beneficiosos y perjudiciales, así como los valores y preferencias de los pacientes, con respecto al cannabis medicinal o los cannabinoides para el dolor crónico.

Comprender la recomendación

La recomendación es **débil** debido al estrecho equilibrio entre los beneficios y los daños del cannabis medicinal para el dolor crónico.

Refleja un alto valor dado a las mejoras pequeñas a muy pequeñas en la intensidad del dolor autoinformada, el funcionamiento físico y la calidad del sueño, y la voluntad de aceptar un riesgo pequeño a modesto de daños en su mayoría autolimitado y transitorios.

Se requiere una toma de decisiones compartida para garantizar que los pacientes tomen decisiones que reflejen sus valores y contexto personal.

Se justifica la realización de más investigaciones y pueden alterar esta recomendación.

Intervenciones comparadas

 Cuidado habitual
No ECC sobre cannabis medicinal o cannabinoides

O

Cuidado habitual más un
Ensayo de cannabis medicinal o cannabinoides no inhalatorio. 

Población

Esta recomendación sólo se aplica a personas con estas características:



Todos los pacientes viven con dolor crónico moderado a severo.

Se aplica a personas con:

- ✓ Cáncer y dolor no oncológico
- ✓ Dolor neuropático, dolor nociceptivo y dolor nociplásico

Puede o no aplicarse a:

- ? Poblaciones pediátricas
- ? Veteranos
- ? Pacientes con enfermedad mental
- ? Pacientes que reciben beneficios por discapacidad

No se aplica a:

- ✗ Cannabis medicinal inhalado
- ✗ Cannabis recreativo
- ✗ Pacientes terminales

Recomendación

Atención estándar **O** **Cannabis**

Fuerte  Débil 

Débil  Fuerte 

 Personas que viven con dolor crónico por cáncer o no cáncer

“ Si la atención habitual no es suficiente, se puede ofrecer cannabis medicinal o cannabinoides no inhalados. ”

Referencia:

<https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2040>

Acción y efecto de los opioides.

Publicado el 20/08/21

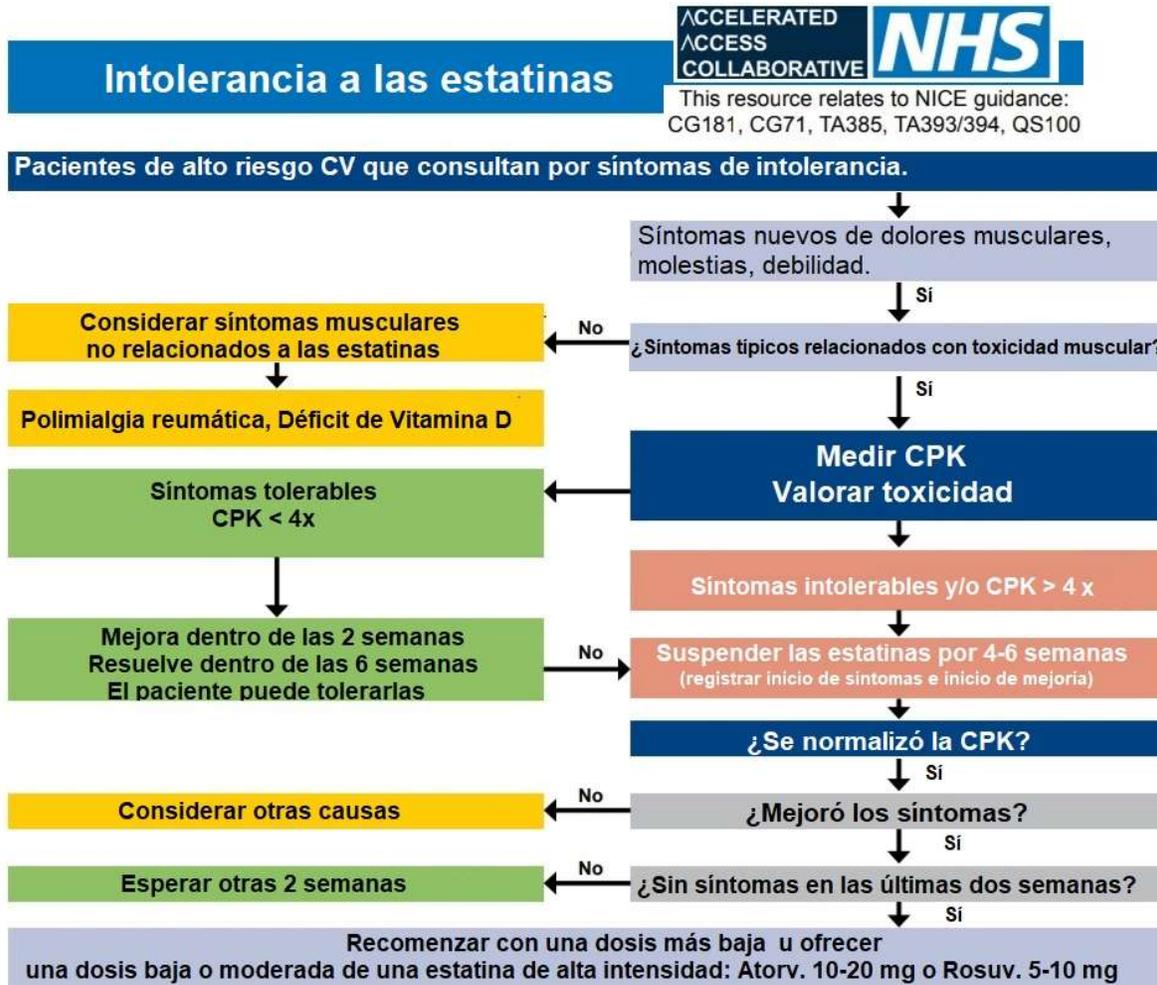
Opioides, sustitutos y antagonistas				
Droga	Mecanismo de acción	Efectos	Aplicación clínica	Farmacocinética/Toxicidad
Agonistas opioides				
<ul style="list-style-type: none"> . Morfina . Metadona . Fentanilo 	Fuerte agonista a receptores Varía afinidad a receptores	<ul style="list-style-type: none"> . Analgesia . Sedación . Disminuye la ansiedad . Enlentecimiento del tránsito intestinal 	Dolor intenso Adjunto en anestesia (fentanilo morfina) Edema pulmonar (sólo morfina) En programas de rehabilitación (sólo metadona)	Efecto del primer paso Duración 1-4 hs (excepto metadona 4-6 hs) Toxicidad: Depresión respiratoria constipación severa.
. Hidromorfona, oximorfona: Como morfina en eficacia pero más potente. . Meperidina: Agonista fuerte con efectos anticolinérgicos. . Oxycodona: Analgesia Dosis dependiente. . Sufentanilo, alfentanilo: Como el fentanilo pero de acción más corta.				
<ul style="list-style-type: none"> • Codeína • Hidrocodona 	<ul style="list-style-type: none"> . Menos eficaz que la morfina . Puede antagonizar fuerte a los agonistas. 	Efectos menores que los agonistas.	Dolor leve - moderado Tos (codeína)	La toxicidad depende de la variabilidad en el metabolismo.
Opioides mixtos: Agonistas - antagonistas				
<ul style="list-style-type: none"> • Buprenorfina • Nalbufina 	<ul style="list-style-type: none"> . Agonista parcial μ . Antagonista parcial κ 	Como agonista fuerte aunque puede antagonizar sus efectos. También reduce la abstinencia del alcohol.	Dolor moderado	Larga duración de acción 4 - 8 hs
	<ul style="list-style-type: none"> . Agonista κ . Antagonista μ 	Similar a buprenorfina	Dolor moderado	Similar a buprenorfina
Antitusivos				
<ul style="list-style-type: none"> • Dextrometorfano 	No está del todo claro pero los agonistas μ parciales o no son también efectivos antitusivos.	Reduce el reflejo tusígeno.	Accesos de tos aguda	Duración 30 - 60 minutos
Otros analgésicos usado en el dolor moderado				
<ul style="list-style-type: none"> • Tramadol 	Efecto mixto. Débil agonista μ (-) moderado de sertralina y norepinefrina.	Analgesia	Dolor moderado	Duración 4 - 6 hs

Source : Basic & Clinical Pharmacology 14th Edition

Intolerancia a las estatinas.

Publicado el 15/08/21

Las guías del NICE actualizaron el tema. Aquí un algoritmo que describe el proceder ante un paciente de alto riesgo CV que presenta síntomas musculares por estatinas.



Referencia:

<https://www.england.nhs.uk/.../statin-intolerance-pathway/>

Semaglutida para la obesidad.

Publicado el 20/08/21

A pesar de la larga y accidentada historia de los medicamentos para bajar de peso, la semaglutida, un medicamento seguro y altamente eficaz, parece ser la perla esquiwa.

Hasta el momento, los pocos medicamentos aprobados para el tratamiento a largo plazo de la obesidad tienen un buen perfil de seguridad y ayudan a las personas a perder entre el 5% y el 10% de su peso.

Sin embargo, este porcentaje (clínicamente significativo) está lejos de los resultados observados con la cirugía bariátrica, el tratamiento considerado el "gold standard". Por el contrario, el éxito de la semaglutida podría marcar el comienzo de un "nuevo amanecer".

Robert Kushner es especialista en Medicina de la obesidad en la Facultad de Medicina Feinberg de la Universidad de Northwestern e investigador en los ensayos STEP (Efecto del tratamiento con semaglutida en personas con obesidad) (1).

Kushner dirigió el estudio STEP 1 que demostró una pérdida de peso promedio del 15% mediante la inyección subcutánea semanal de 2.4 mg de semaglutida más una intervención en el estilo de vida. El grupo control, que recibió una inyección de placebo más la intervención en el estilo de vida, solo perdió el 2.4%.

"Esta diferencia dramática de 12.5 puntos porcentuales entre los 2 grupos es realmente una de las pérdidas de peso más grandes observadas en un ensayo controlado aleatorio", dijo Thomas Wadden, PhD, profesor de psicología en Psiquiatría de la Facultad de Medicina Perelman de la Universidad de Pennsylvania y ex director del Centro de Trastornos de la Alimentación y el Peso.

"Además, el número sustancial de pacientes que perdieron el 10, el 15 y el 20% de su peso corporal inicial fue mucho mayor que el observado en ensayos anteriores". De hecho, alrededor de un tercio de las personas que recibieron semaglutida perdieron un 20% o más en el STEP 1, acercándose a algunos procedimientos bariátricos.

Aunque una reducción de peso del 5% tiene efectos beneficiosos sobre las afecciones relacionadas con la obesidad, perder más peso favorece aún más el manejo de esas comorbilidades o, incluso, puede evitar que se desarrollen en primer lugar.

Kushner señaló que, a pesar que la pérdida de peso con los medicamentos contra la obesidad comercializados actualmente se suele estabilizar a las 28 semanas de uso, los participantes que recibieron semaglutida continuaron perdiendo kilos durante la mayor parte del ensayo (68 semanas).

En cuanto a la seguridad, el medicamento ya tiene un historial tranquilizador. En 2017 fue aprobado en una dosis más baja para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

En relación con los efectos adversos, las náuseas, la diarrea, los vómitos, el estreñimiento y el dolor abdominal fueron los más comunes en los ensayos STEP. El aumento gradual de la dosis manejó fácilmente los problemas gastrointestinales, según Wadden, el investigador principal del STEP 3 (2). Pocos participantes abandonaron el estudio.

Todos estos datos llevaron a la FDA a autorizarla a principios de junio.

Actualmente es comercializada por Novo Nordisk para el control de peso crónico junto con una dieta baja en calorías y una mayor actividad física. Es la primera aprobación importante de medicamentos contra la obesidad desde que la liraglutida subcutánea diaria (Saxenda), el predecesor menos potente y de acción más corta de la semaglutida, obtuvo el visto bueno en 2014.

Los 2 fármacos se destacan por su mecanismo de acción. Imitan al péptido 1 similar al glucagón (agonistas GLP-1), una hormona intestinal que aumenta la secreción de insulina y ayuda a regular el apetito.

Si bien históricamente, los efectos de pérdida de peso de muchos medicamentos se descubrieron después de haberlos recetado para condiciones completamente diferentes, en el futuro, a medida que los científicos descubran más factores biológicos subyacentes que afectan el apetito y el metabolismo, los médicos podrán indicar fármacos dirigidos a los mecanismos fisiológicos específicos que impulsan la obesidad.

En relación con esto, la semaglutida no es solo una nueva droga prometedora en el armamento contra la obesidad. Es evidencia de que una mejor comprensión sobre cómo el cuerpo regula el peso cosechará tratamientos más efectivos con efectos mínimos fuera del objetivo.

El efecto legado

A pesar del entusiasmo de los especialistas por el potencial del fármaco, existen barreras para su aceptación y accesibilidad. Éstas, dicen, tienen sus raíces en el sórdido legado de los medicamentos para bajar de peso y las nociones obsoletas de la obesidad.

Los medicamentos para bajar de peso tienen una reputación comprensiblemente empañada. Por ejemplo, las creencias de que no son seguros y no funcionan contribuyen al problema. Además, la menor prioridad para la capacitación de los médicos en el manejo de la obesidad es preocupante. "No es su culpa que haya falta de conocimiento o educación", dijo en una entrevista Ania Jastreboff, MD, PhD, endocrinóloga y especialista en Medicina de la obesidad en la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale, "Ninguno de nosotros aprendió esto en la escuela de medicina".

Sin embargo, el pensamiento sesgado puede ser el mayor obstáculo: "Aún existe la sensación entre los profesionales de la salud de que la obesidad es una elección en lugar de una enfermedad y que, si la gente simplemente se apartara de la mesa podría perder peso", dijo Yanovski.

Entender el punto de ajuste

Fatima Cody Stanford, MD, MPH, médica-científica en Medicina de la obesidad del Hospital General de Massachusetts y de la Escuela de Medicina de Harvard, cree que los médicos debieran formarse en usar este tipo de fármacos para que sus pacientes no tengan que esperar mucho tiempo para ver a un especialista en el tema. Para ella también es importante que, incluso antes de aprender el manejo farmacológico, los médicos mejoren sus conocimientos en la regulación del peso corporal y la desregulación que subyace a la obesidad.

Stanford manifiesta que cuando los pacientes llegan a su consultorio, por lo general han trabajado duro en la dieta y el ejercicio y sienten que su falta de pérdida de peso es un fracaso inherente. Ella refiere: "Cuando les decimos a los pacientes que necesitan comer menos y hacer más

ejercicio, les estamos diciendo que no entendemos a la obesidad", dijo. "Hay toda una ciencia detrás de esto", dijo Kushner. "No es solo falta de fuerza de voluntad".

Sin el reconocimiento de que el modelo de "calorías que entran, calorías que salen" es demasiado simplificado, los médicos seguirán aconsejando a los pacientes con obesidad que se esfuercen más, una estrategia que para la mayoría está destinada al fracaso. No es por falta de intentos.

La biología impulsa la conducta alimentaria, dijo Jastreboff. "Una persona puede reducir las calorías durante un cierto período de tiempo, pero en algún momento, su cuerpo le dirá a su cerebro que se está muriendo de hambre".

Esto se explica porque el cuerpo está programado para almacenar combustible, también conocido como grasa, como protección contra el hambre. La cantidad de grasa que se retiene está estrictamente regulada, un concepto que Lee Kaplan, MD, PhD y otros de Harvard denominaron el "punto de ajuste" de energía.

Cuando una persona pierde peso, su cuerpo lo compensa ralentizando la tasa metabólica y alterando las señales de hambre y saciedad para estimularla a comer. El objetivo es volver al punto de ajuste, que un individuo experimenta como su rango de peso típico.

Esto es especialmente cierto en las personas con obesidad. Según Butsch, ahora se entiende como "una disfunción de las vías involucradas en la regulación de la energía", con contribuyentes genéticos y ambientales. "Si tienes una disfunción de ese sistema de regulación defiendes un punto de ajuste de peso corporal más alto", dijo en una entrevista Caroline Apovian, MD, co-directora del Centro para el Control y el Bienestar del Peso del Hospital Brigham and Women's y la Escuela de Medicina de Harvard.

Una de esas vías alteradas incluye la leptina, descubierta en 1994. La hormona secretada por las células grasas transmite información al cerebro sobre el almacenamiento de energía, influyendo así en la regulación del peso corporal. Por ejemplo, muchas personas con obesidad parecen ser resistentes a las señales de la leptina para el control de peso.

Sabiendo que la dieta y el ejercicio por sí solos a menudo fallan, según Jastreboff los medicamentos contra la obesidad y la cirugía bariátrica pueden tener éxito porque recalibran el punto de ajuste fisiológico. "El objetivo de usar estos medicamentos no es la pérdida de peso", dijo. "Es disminuir el punto de ajuste de la masa de grasa corporal y, un subproducto de eso, es la disminución del peso".

Comprender las "obesidades"

Exactamente lo que causa, en primer lugar, un punto de ajuste de energía elevado es objeto de intensas investigaciones. Tampoco se conoce del todo por qué para tantas personas el punto de ajuste continúa subiendo con el tiempo.

Para algunos autores, el entorno moderno "obesogénico" puede abrumar la capacidad del cuerpo para regular el equilibrio energético. En un artículo de 2003, Kaplan escribió que "algunas personas parecen estar más predispuestas a los efectos ambientales que otras, probablemente como resultado de diferentes determinantes genéticos".

A fines del año pasado, la FDA aprobó el setmelanotide (IMCIVREE) para pacientes de 6 años o más con formas muy raras de obesidad relacionadas con 3 variantes de un solo gen que causan hambre insaciable.

En la mayoría de las personas con obesidad, sin embargo, se cree que una combinación de cambios genéticos más sutiles junto con la epigenética y otros factores durante el desarrollo confieren susceptibilidad a la enfermedad. Además de esto, a lo largo de la vida muchos "culpables" (más allá de los alimentos) parecen tener el potencial de desregular los mecanismos de control del peso del cuerpo, incluidos los medicamentos comúnmente recetados, la falta de sueño y las alteraciones del ritmo circadiano, el embarazo, el estrés, los contaminantes y el microbioma. Se cree que incluso las infecciones pueden influir. Sin embargo, las personas sin predisposición a la obesidad podrían no ser vulnerables a estos factores.

Todo esto apunta a la heterogeneidad de la obesidad y a la necesidad de un cambio en su consideración, como una categoría general de enfermedad, muy similar al cáncer.

Los especialistas consideran que existen diferentes subtipos de obesidad, que aún no se han definido. "Las personas en el extremo superior del continuo de la obesidad podrían tener una forma diferente de la enfermedad que las del extremo inferior", sugirió Dhurandhar. Lo mismo puede ser cierto para quienes responden a la cirugía bariátrica frente a quienes no.

El concepto de obesidad también se manifiesta en comportamientos relacionados con la alimentación. Los investigadores dicen que algunos pacientes con la enfermedad informan la necesidad de picar con frecuencia, otros tienen problemas para dejar el tenedor y otros tienen antojos insaciables.

Estas variaciones pueden estar influenciadas por alteraciones en las hormonas que influyen en el apetito, como aquellas secretadas por el estómago, los intestinos, el páncreas y las células grasas, muchas de las cuales actúan sobre el cerebro. Según Dhurandhar, los datos sugieren que algunas personas con obesidad tienen un retraso en la secreción del GLP-1 y del péptido YY de las células intestinales después de iniciar una comida. Como estas hormonas comunican la sensación de plenitud al cerebro, estas personas podrían tardar unos minutos más en sentirse saciadas. "La cantidad de calorías que se pueden ingerir en ese tiempo es significativa", dijo Dhurandhar.

Según Kushner, la semaglutida mejora esto y más: "Las personas se sienten menos hambrientas y se sacian antes, están más contentas entre las comidas y tienen menos pensamientos sobre los alimentos y menos 'antojos'. De hecho, golpea cada una de esas cajas".

"Me ha sorprendido cómo estos medicamentos parecen eliminar el apetito", dijo Wadden.

"La gente informa: 'Por primera vez en mi vida, no estoy pensando en mi próxima comida'".

Si bien comer menos será más fácil para la mayoría de las personas que usen semaglutida, los especialistas enfatizan que es preciso que los médicos continúen alentando a los pacientes a participar en la actividad física, ya que sus beneficios van mucho más allá de la pérdida de peso.

Wadden manifiesta: "No puedo decir que este es el final de la modificación del estilo de vida. Simplemente hará que un componente de esta modificación sea más fácil. Con el tiempo, aquellos que vean una pérdida de peso con el fármaco tendrán una mayor movilidad y energía y un mejor estado funcional".

Poner las drogas en uso

Los expertos en obesidad están pendientes de los resultados cardiovasculares y del mantenimiento del peso a largo plazo. Es probable que, si la semaglutida lograra prevenir los eventos cardiovasculares en las personas sin diabetes, la aceptación y la cobertura del seguro (actualmente una enorme barrera para su uso), podrían mejorar sustancialmente.

En la actualidad, los análogos de GLP-1 son prohibitivamente caros y, a menos que las aseguradoras cubran ampliamente el medicamento para la obesidad "en algunos círculos, esto puede no tener ningún impacto", dijo Butsch.

Según Kushner, la cartera de compuestos contra la obesidad incluye al menos 7 candidatos más, basados en hormonas. Algunos desarrolladores de medicamentos están apostando a que la combinación de 2 o 3 agentes mejorará la pérdida de peso, y potencialmente, producirá resultados similares a los tratamientos quirúrgicos más efectivos.

Novo Nordisk está probando una combinación de semaglutida 2.4 mg con cagrilintida, un análogo de acción prolongada de la hormona pancreática amilina.

También está la tirzepatida de Eli Lilly, un análogo de GLP-1 combinado con un análogo del polipéptido insulínico dependiente de glucosa (GIP) que ahora se encuentra en ensayos de fase 3.

Yanovski opina que una lista de tratamientos seguros y altamente efectivos dirigidos a las diferentes vías involucradas en la obesidad eventualmente permitirá a los médicos recomendar el medicamento adecuado para cada paciente, en función de su fisiología subyacente específica. Mientras tanto, igualmente, los medicamentos existentes pueden producir resultados valiosos. "Incluso con los medicamentos que tienen la menor pérdida de peso promedio, hay personas que responden muy bien", dijo.

Se cree que los médicos no debieran abandonar la farmacoterapia si un paciente no responde al primer remedio que prueba. En muchos casos los medicamentos se pueden agregar secuencialmente para superar las mesetas de peso, un fenómeno común: "Cuando se estabilizan, eso no significa que el medicamento haya dejado de funcionar", dijo Jastreboff. "Lo que esto significa es que el medicamento disminuyó el punto de ajuste y ahora es el momento de agregar algo más". Con este enfoque, existen pacientes que pasaron de un IMC de 40 (obesidad severa) a uno de 25.

En primer lugar, sin embargo, es importante que el personal de salud cambie su pensamiento hacia el tratamiento de la obesidad y lo considere como en cualquier otra enfermedad crónica. "No les estoy pidiendo que se vuelvan rebeldes", dijo Stanford. Su consejo para los médicos es el siguiente: "Escuchen a su paciente y luego traten adecuadamente su enfermedad según las pautas".

Artículo extraído de: JAMA. Published online June 23, 2021. doi:10.1001/jama.2021.10307

Referencias:

(1) STEP 1 <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2032183>

(2) <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2777025>

La ivermectina en la epidemia COVID-19.

Publicado el 01/07/21

La ivermectina es un antiparasitario barato que se ha utilizado ampliamente durante casi 50 años en animales y seres humanos contra enfermedades como la filariasis linfática y la oncocercosis. Durante la pandemia, algunos médicos han afirmado que es eficaz tanto para la profilaxis como para el tratamiento del COVID-19.

El debate ha alcanzado un punto álgido en varios países. En Sudáfrica, que tiene la peor tasa de infección en África, varios grupos de médicos y pacientes han presionado al gobierno para que otorgue una aprobación de emergencia para este tratamiento contra el COVID-19, lo que permite un acceso más amplio a un medicamento que actualmente no tiene licencia en ese país para su uso en humanos.

Otros científicos señalan que la base de pruebas débiles o contradictorias es una razón suficientemente sólida para no recibir tal respaldo, al menos hasta que se realice un ensayo controlado aleatorio completo.

Aumento de un tratamiento sin licencia

En abril de 2020, investigadores de la Universidad de Monash en Australia informaron que la ivermectina inhibe la replicación in vitro del SARS-CoV-2.

Para junio de 2020, se había agregado a las pautas de tratamiento en Bolivia, Guatemala y Perú, sobre la base de un preimpreso retirado desde entonces por la desacreditada empresa Surgisphere y la demanda popular.

Su uso ahora está generalizado, aunque Perú posteriormente retiró su recomendación, pero la Organización Panamericana de la Salud ha emitido una advertencia contra el uso de ivermectina para tratar el COVID-19.

Los defensores argumentan que no hay tiempo para ensayos aleatorios cuando el número de muertos sigue aumentando y las vacunas se distribuyen lentamente.

El argumento presentado para la autorización de emergencia es que la ivermectina tiene una historia larga y segura.

Sin embargo, esta es precisamente la razón por la que existen ensayos a gran escala como el estudio Solidarity de la OMS, y la ivermectina nunca ha sido elegida para evaluación en ninguno de ellos.

Caroline Wood, portavoz del ensayo RECOVERY del Reino Unido, dijo al BMJ que el Panel Asesor de Terapéutica COVID-19 del Reino Unido, el panel independiente de expertos que recomienda qué tratamientos deben proponerse para las pruebas a través de los diversos ensayos de no estaban convencidos de los efectos biológicos.

"Consideraron que la evidencia de un efecto antiinflamatorio clínicamente relevante era débil y que la evidencia clínica y los metanálisis actuales no eran lo suficientemente sólidos como para recomendar la ivermectina".

Se están realizando o se están registrando ensayos controlados aleatorios más pequeños en varios países.

Un preimpreso publicado el 23 de febrero por investigadores en México decía: "En pacientes hospitalizados no críticos con neumonía COVID-19, ni la ivermectina ni la hidroxiquina disminuyen el número de días de hospitalización, deterioro respiratorio o muertes".

Y un pequeño ensayo de control aleatorio, doble ciego, realizado en Colombia entre julio y noviembre de 2020 y publicado en marzo, encontró que la duración de los síntomas no fue significativamente diferente en comparación con el placebo para pacientes con síntomas leves de COVID-19 que recibieron un ciclo de cinco días de ivermectina a 10 veces la dosis recomendada.

Presentamos aquí el último metanálisis sobre esta droga (1).

Ivermectina para el tratamiento de COVID-19: una revisión sistemática y un metanálisis de ensayos controlados aleatorios.

Se buscaron ensayos controlados aleatorios (ECA) publicados y preimpresos que evaluaban los efectos de IVM en pacientes adultos de COVID-19 hasta el 22 de marzo de 2021 en cinco sitios.

Los resultados primarios fueron:

- Mortalidad por todas las causas
- Duración de la hospitalización
- Eventos adversos (EA).

Los resultados secundarios incluyeron el clearance viral y EA graves.

El riesgo de sesgo se evaluó mediante la herramienta Cochrane RoB 2.0.

Se realizó un metanálisis de efectos aleatorios de varianza inversa con calidad de la evidencia (QoE) evaluada mediante la metodología GRADE.

Resultados

Se incluyeron 10 ECA (n = 1173).

Los controles fueron el estándar de atención [EDA] en cinco ECA y el placebo en otros cinco ECA.

La gravedad de la enfermedad COVID-19 fue:

- Leve en 8 ECA,
- Moderada en un ECA y
- Leve y moderada en un ECA.

La IVM no redujo la mortalidad por todas las causas frente a los controles (RR 0,37, IC95%: 0,12 a 1,13, calidad de la evidencia muy baja) o la duración de la hospitalización frente a los controles (DM 0,72 días, IC95%: -0,86 a 2,29, calidad de evidencia muy baja).

Los EA, los EA graves y el clearance viral fueron similares entre los que tomaron IVM y los controles (todos los resultados: baja calidad de evidencia).

Los subgrupos por gravedad de COVID-19 o el riesgo de sesgo fueron en su mayoría consistentes con los análisis principales;

La mortalidad por todas las causas en tres ECA con alto riesgo de sesgo se redujo con IVM.

Conclusiones

En comparación con el tratamiento estándar o el placebo, la IVM no redujo la mortalidad por todas las causas, la duración de la estadía o el clearance viral en los ECA en pacientes con COVID-19 con enfermedad mayoritariamente leve.

La IVM no tuvo ningún efecto sobre los EA o EA graves. La IVM no es una opción viable para tratar a los pacientes con COVID-19.

Referencia:

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab591/6310839#YNomw8cj-yQ.twitter>

El plasma de convalecientes en la epidemia COVID-19.

Publicado el 28/05/21

Muchos pacientes con COVID-19 han sido tratados con plasma de convaleciente con anticuerpos anti-SARS-CoV-2.

El objetivo de este ensayo clínico fue evaluar la seguridad y la eficacia de este tratamiento en pacientes internados con COVID-19.

Métodos

Este ensayo aleatorizado, controlado, de etiqueta abierta (es decir, no ciego) evaluó varios tratamientos posibles en pacientes hospitalizados con COVID-19 y está en marcha en 177 hospitales del NHS de todo el Reino Unido.

Los pacientes elegibles y que dieron su consentimiento fueron asignados aleatoriamente (1:1) para recibir atención habitual (grupo de atención habitual) o atención habitual más plasma de convaleciente con títulos altos (grupo de plasma de convaleciente).

El resultado primario fue mortalidad a los 28 días, analizado por intención de tratar.

Análisis

Entre el 28 de mayo de 2020 y el 15 de enero de 2021, 11558 (71%) de los 16287 pacientes inscritos en RECOVERY fueron elegibles para este estudio.

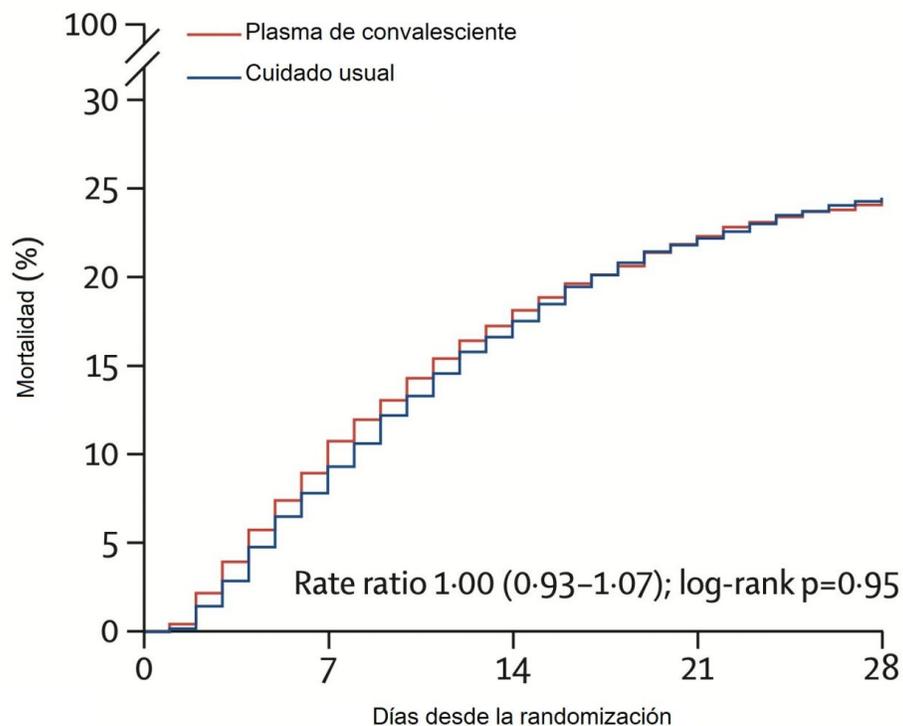
Resultados

No hubo diferencias significativas en la mortalidad a 28 días entre los 2 grupos: 1399 (24%) de 5795 pacientes en el grupo de plasma de convaleciente y 1408 (24%) de 5763 pacientes en el grupo de atención habitual. El odds ratio (OR) fue de 1.00 (IC95% 0.93–1.07; $p = 0.95$).

La tasa de mortalidad a los 28 días fue similar en todos los subgrupos de pacientes pre-especificados, incluidos aquellos sin anticuerpos detectables contra el SARS-CoV-2 en el momento de la aleatorización.

La asignación al plasma de convaleciente tampoco tuvo un efecto significativo sobre la proporción de pacientes dados de alta del hospital dentro de los 28 días (3832 [66%] en el grupo intervención vs 3822 [66%] en el grupo de atención habitual, OR 0.99, IC95% 0.94-1.03; $p = 0.57$).

Entre los que no recibieron ventilación mecánica invasiva en el momento de la asignación, no hubo diferencias significativas en la proporción de pacientes que cumplieron el criterio de valoración combinado de progresión a ventilación mecánica invasiva o muerte (1568 [29%] de 5493 pacientes en el grupo de plasma de convaleciente vs 1568 [29%] de 5448 pacientes en el grupo de atención habitual, OR 0.99, IC95%: 0.93–1.05; $p = 0.79$).



Pacientes en riesgo

Plasma de convalescente	5795	5152	4725	4484	4373
Cuidado habitual	5763	5215	4740	4472	4339

Interpretación

En pacientes hospitalizados con COVID-19, el plasma de convalescente con títulos altos no mejoró la supervivencia ni otros resultados clínicos preespecificados.

Referencia:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00897-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00897-7/fulltext)

Aducanumab.

Publicado el 17/06/21

El controvertido tratamiento para la enfermedad de Alzheimer, el aducanumab (Aduhelm), obtuvo una aprobación acelerada de la FDA el 7 de junio de este año.

Esta aprobación se basa en un efecto subrogante del fármaco: la reducción de la placa beta amiloide en el cerebro.

Un comunicado de la FDA dijo: "Somos muy conscientes de la atención mundial puesta en esta aprobación".

El aducanumab es un anticuerpo monoclonal que se une selectivamente a las formas agregadas de beta amiloide.

Hace unos años suscitó una considerable controversia a la luz de los resultados de 2 estudios de fase III idénticos, el EMERGE (n = 544) y el ENGAGE (n = 548).

Los ensayos concluyeron en marzo de 2019 cuando se determinó que era poco probable que el aducanumab superara al placebo.

En octubre de 2019, Biogen revirtió su posición y dijo que una revisión de datos previamente no disponibles mostró que el medicamento en realidad redujo el deterioro cognitivo en el estudio EMERGE, pero no en el ENGAGE.

Los análisis de EMERGE también muestran una reducción constante en el declive clínico medido por los puntos finales secundarios preespecificados: el Mini-Examen del Estado Mental (MMSE; 15% versus placebo; P = 0.05), la Escala de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer-Subescala Cognitiva 13 Ítems (ADAS-Cog 13; 27% versus placebo; P = 0.01), y el Estudio Cooperativo de Enfermedad de Alzheimer-AVD Versión de Deterioro Cognitivo Leve (ADCS-ADL-MCI; 40% versus placebo; P = 0.001).

En noviembre de 2020, un comité asesor de la FDA votó abrumadoramente en contra de los datos presentados sobre el fármaco aduciendo que los resultados positivos observados en 1 de los 2 ensayos no podían considerarse aislados sino que debían tomarse junto con su gemelo, que claramente fue negativo.

En la reunión del comité asesor de la FDA, Biogen intentó explicar las diferencias entre los ensayos, sugiriendo que el fracaso en uno no le resta valor a los hallazgos del otro.

Billy Dunn, MD, director de la oficina de neurociencia en el Centro de Evaluación e Investigación de Medicamentos de la FDA, estuvo de acuerdo haciendo eco de los documentos informativos de la FDA presentados y enfatizando la necesidad urgente de un tratamiento para el Alzheimer (¿presiones?).

Un nuevo ensayo clínico llamado Embark, también de la farmacéutica Biogen, se encuentra en fase IIIb y está estudiando a pacientes con Alzheimer que se inscribieron en los ensayos de aducanumab cuando se detuvieron en marzo de 2019, incluidos los participantes del EMERGE, ENGAGE más la extensión a largo plazo del estudio PRIME de fase Ib y el estudio de seguridad EVOLVE.

La información de prescripción del aducanumab incluye una advertencia sobre anomalías en las imágenes relacionadas con el amiloide, que con mayor frecuencia se presenta como inflamación temporal en áreas del cerebro y, a menudo, se resuelve con el tiempo.

Otra advertencia es por el riesgo de reacciones de hipersensibilidad que incluyen angioedema y urticaria.

Los efectos secundarios más comunes de aducanumab fueron: falsos positivos de las neuroimágenes, cefalea, caídas, diarrea y estado mental alterado (confusión, delirio, desorientación).

La FDA continuará monitoreando el aducanumab y requiere que Biogen realice un ensayo clínico posterior a la aprobación para verificar el beneficio clínico del medicamento.

Referencias:

(1) FDA's Decision to Approve New Treatment for Alzheimer's Disease. FDA. June 7, 20121. Accessed June 7, 2021.

<https://www.fda.gov/drugs/news-events-human-drugs/fdas-decision-approve-new-treatment-alzheimers-disease>

(2) <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02477800>

(3) <https://icer.org/news-insights/press-releases/icer-releases-draft-evidence-report-on-aducanumab-for-alzheimers-disease/w/NCT02477800>

Melatonina en la ansiedad perioperatoria.

Publicado el 11/06/21

La ansiedad perioperatoria es un problema bien conocido y diversos estudios han demostrado que puede afectar del 11% hasta el 80% de las personas.

Afecta más a las personas jóvenes y mujeres, mientras que el tipo de cirugía y el tipo de anestesia, y las diferencias culturales y religiosas también pueden afectar su prevalencia.

La ansiedad a menudo se trata con benzodiazepinas, pero estos medicamentos si bien seguros pueden tener efectos secundarios en la función psicomotora y cognitiva, incluso con una dosis única.

¡Una posible alternativa es la melatonina!

Varios estudios han demostrado que reduce la ansiedad y no tiene efectos secundarios leves o a corto plazo, o sólo tiene efectos secundarios, lo que lo convierte en un candidato útil para aliviar la ansiedad en las personas que se someten a una cirugía.

Una reciente revisión sugiere que es eficaz (1).

Se evaluaron los efectos de la melatonina sobre la ansiedad preoperatoria y posoperatoria en adultos, en comparación con placebo o benzodiazepinas.

La versión anterior fue en 2015 y tenía 12 ensayos aleatorios, pero ahora se incluyeron 27.

De ellos, 24 ensayos comparaban melatonina con placebo y

11 comparaban melatonina versus benzodiazepina, y

algunos ensayos hacen ambas comparaciones.

En el metanálisis de diciembre 2020 se recolectaron datos de casi 1300 pacientes en 18 ensayos de melatonina versus placebo, se encontró evidencia de **certeza moderada de una disminución de la ansiedad preoperatoria en el grupo melatonina.**

La medida por una escala visual analógica (EVA, 0 a 100 mm) en comparación con placebo (diferencia de medias [DM] -11,69; intervalo de confianza [IC] del 95%: -13,80 a -9,59).

La melatonina también disminuyó la ansiedad postoperatoria en comparación con el placebo, pero esta disminución fue menor y podría no ser clínicamente relevante.

Al comparar la melatonina con las benzodiazepinas, hay poca o ninguna diferencia en la ansiedad preoperatoria y posoperatoria, lo que sugiere que la melatonina puede ser tan eficaz como las benzodiazepinas.

En resumen, en comparación con el placebo, la melatonina administrada antes de la cirugía reduce la ansiedad preoperatoria en adultos, lo que es potencialmente relevante desde el punto de vista clínico.

También hubo algún efecto de la melatonina sobre la ansiedad posoperatoria en comparación con el placebo, pero fue mucho menor.

Si bien la falta de diferencia en la ansiedad entre la melatonina y las benzodiazepinas, sugiere que la melatonina puede tener un efecto similar a estos fármacos de uso común para reducir la ansiedad preoperatoria y posoperatoria en adultos.

Referencia

(1) <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009861.pub3/full/es>

VIH: Cura sin medicación.

Publicado el 25/11/21

Una noche de marzo de 2020, un médico salió del hospital de la ciudad de Esperanza (Provincia de Santa Fe) con una heladerita portátil. Se lo entregó a un joven que había estado esperando afuera durante horas, que lo colocó de forma segura en su automóvil y se marchó a toda velocidad.

Su destino, Buenos aires, y su misión llegar antes de medianoche.

Justo ese día, mientras su hermana estaba en el hospital pariendo a su primer hijo, se había decretado el inicio de la cuarentena para evitar una mayor propagación del SARS-CoV-2, incluidos controles estrictos para ingresar y salir de la Ciudad de Buenos Aires.

Si el hermano no lo lograba, el contenido de la hielera (con la placenta de su hermana) se perderían, junto con lo que se pudiera concluir de ella.

La mujer era una curiosidad científica.

A pesar de que le diagnosticaron el VIH en 2013, nunca había mostrado signos de enfermedad.

Y las pruebas tradicionales no arrojaron evidencia de que el virus se replicara.

Solo la presencia de anticuerpos sugirió que alguna vez se había infectado.

Desde 2017, investigadores de Argentina y Massachusetts habían estado recolectando muestras de sangre de ella, escaneando meticulosamente el ADN de más de mil millones de células, buscando señales de que el virus aún estaba inactivo, listo para cobrar vida si las condiciones eran las adecuadas.

Querían hacer lo mismo con su placenta porque, aunque es un órgano del feto, está cargada de células inmunitarias maternas, un entorno rico en objetivos para extraer virus furtivos.

El lunes pasado se publicó en el *Annals of Internal Medicine*, no se encontró rastros virales alguno.

(1)

Lo que significa que la mujer, a quien llaman la "Paciente de Esperanza" para proteger su privacidad, parece haber erradicado el virus de su cuerpo sin la ayuda de medicamentos o un trasplante de médula ósea, lo que la convertiría en la segunda persona en haberse curado del VIH, sin medicamentos ni ningún otro tratamiento.

"... Esto nos da la esperanza de que el sistema inmunológico humano sea lo suficientemente poderoso como para controlar el VIH y eliminar todos los virus funcionales...", dijo Xu Yu, inmunólogo del Instituto Ragon de MGH, MIT y Harvard y autor principal del nuevo informe.

"... El tiempo lo dirá, pero creemos que ha alcanzado una cura esterilizante...".

El descubrimiento, que se anunció previamente en la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas en marzo, podría ayudar a identificar posibles tratamientos, dijeron los investigadores.

Solo dos veces en la historia los médicos han curado eficazmente el VIH, en 2009 con el Paciente de Berlín (2) y en 2019 con el Paciente de Londres (3), en ambas ocasiones poniendo el virus en remisión sostenida con un trasplante de médula ósea de un donante con una mutación genética rara que produce células. resistente a la invasión del VIH.

Esos casos demostraron que la cura era factible, pero los trasplantes son costosos y peligrosos, y es difícil encontrar donantes.

"Siempre se asumió que curar el VIH era imposible", dijo Steven Deeks, investigador del VIH desde hace mucho tiempo y profesor de medicina en la Universidad de California en San Francisco que no participó en el estudio.

Él y Yu se han asociado en el pasado para estudiar a los pacientes con VIH cuyos sistemas inmunológicos han luchado más ferozmente que la mayoría.

En Nature (4) se publicó el año pasado que tales individuos tenían genomas virales intactos, lo que significa que el virus es capaz de replicarse, pero estaban integrados en lugares de los cromosomas de los pacientes que estaban lejos de los sitios de transcripción activa.

En otras palabras, fueron "escondidos y encerrados en un polvoriento rincón de los archivos de ADN".

En las últimas décadas se han detectado que las personas con respuestas inmunitarias inusualmente potentes constituyen casi un 0.5% de los 38 millones de personas infectadas por el VIH en el planeta.

Los científicos llaman a estas personas "controladores de élite" y en los últimos años se han convertido en el tema de un intenso estudio internacional.

Debido a que sus cuerpos representan un modelo de cura para el VIH, si los investigadores pueden descubrir qué los hace especiales, podrían actuar con nuevas acciones y liberarlos de toda una vida de antirretrovirales.

Una de las trampas del virus es que cuando ingresa a una célula, generalmente una célula T u otra célula inmunitaria, hace una copia de ADN de sí mismo que se integra en el genoma de esa célula.

Entonces, cuando la maquinaria de producción de proteínas de esa célula encuentra ese fragmento de código viral, sin saberlo construye más copias del virus.

Los medicamentos antirretrovirales interrumpen este proceso, lo que les da tiempo al sistema inmunológico de los pacientes para encontrar y matar estas fábricas celulares secuestradas.

Pero persisten algunas copias de ADN del modelo viral; los científicos las llaman provirus. En teoría, podrían despertarse y comenzar a producir un virus en cualquier momento.

Paula Cannon, una microbióloga molecular que estudia el VIH y la edición de genes en la Facultad de Medicina Keck de la Universidad del Sur de California, compara los provirus con las brasas que permanecen detrás del fuego de la primera infección, ardiendo durante años.

Si el viento sopla “a favor”, el fuego cobra vida.

Es por eso que las personas necesitan tomar medicamentos antirretrovirales de por vida y nunca podrán curarse; no tenemos forma de atacar o eliminar estos genomas del VIH integrados latentes.

Y hasta hace poco, ni siquiera existían buenos métodos para detectarlos.

Pero el grupo de Yu ha estado a la vanguardia en el desarrollo de métodos que permiten a los científicos abrir miles de millones de células inmunes y clasificar su ADN en busca de restos humeantes de infecciones pasadas.

Encontrar a alguien que sea un controlador de élite que no solo no presente actualmente ningún virus de ARN del VIH en su cuerpo, sino que tampoco parezca que tiene el potencial para hacerlo en el futuro, es emocionante.

Cuanto más se estudien a personas como esta, más pistas saldrán que se puedan aplicar a las personas infectadas por el VIH de manera más amplia.

Por alguna razón, la paciente de Esperanza no desarrolló anticuerpos contra todas las diversas proteínas del VIH que cabría esperar.

Eso sugiere que sus defensas naturales frenaron la replicación viral temprano, antes de que el virus pudiera propagarse y abrumar su sistema inmunológico.

Por lo general, eso solo sucede si alguien comienza a tomar medicamentos antirretrovirales muy temprano.

Puede ser un poco complicado estudiar lo que sucedió en el cuerpo de alguien hace casi una década.

Lo que queda es el recuerdo de la respuesta inmune que una vez hizo la paciente de Esperanza.

Natalia Laufer, investigadora del VIH en El Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA en Buenos Aires que estudia a controladores de élite.

Su esperanza es que al combinar los datos de sus cohortes con otros de todo el mundo, incluidos los niños en Sudáfrica cuyos cuerpos han comenzado a controlar el virus después de haber estado tomando medicamentos contra el VIH durante la mayor parte de sus vidas, comenzarán a surgir patrones de protección que algún día podría aprovecharse para producir curas.

Referencias:

(1) <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/L21-0297>

(2) <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0802905>

(3) <https://www.statnews.com/2019/03/04/second-person-effectively-cured-of-hiv/>

(4) <https://go.nature.com/3DyAE3Q>

Hepatitis: Un repaso.

Publicado el 05/11/21

	Hepatitis B	Hepatitis C
Antígenos	Antígeno de superficie (HBsAg) Antígeno e (HBeAg)	Antígeno Core HCV
Anticuerpos	Anti- core (Anti- HBc) Anti-superficie (Anti- HBs) Anti-e (Anti- HBe)	Anti-HCV
Biología molecular	Carga viral HBV PCR cualitativa (poco uso) Genotipos (uso experimental)	Carga viral HCB PCR cualitativa (poco uso) Genotipos

Infecciones urinarias recurrentes.

Publicado el 27/02/21

Las relaciones sexuales frecuentes y el uso de diafragma y espermicidas son fuertes factores de riesgo para la cistitis simple aguda. Incluso, el uso de preservativos recubiertos de espermicida también se asocia con un mayor riesgo. A estos factores se los conoce como conductuales.

En un gran estudio de casos y controles de mujeres con y sin antecedentes de cistitis recurrente, la frecuencia de las relaciones sexuales fue el factor de riesgo más importante.

Otros factores de riesgo identificados fueron:

- Usar espermicidas durante el año previo.
- Tener una nueva pareja sexual durante el año previo.
- Tener la primera infección del tracto urinario (ITU) a los 15 años o antes.
- Tener antecedentes maternos de infecciones urinarias.

Estas 2 últimas asociaciones son una prueba más de que los factores hereditarios pueden ser importantes en algunas mujeres con cistitis recurrente.

Por otro lado, no se encontraron asociaciones con:

- Los patrones de evacuación antes y después del coito
- La frecuencia de micción ni los hábitos de evacuación tardía
- Los patrones de limpieza
- Las duchas vaginales
- El uso de jacuzzis
- El uso de pantimedias o mallas
- El índice de masa corporal

Por su parte, en las mujeres posmenopáusicas, los factores urológicos pueden contribuir al riesgo de cistitis más que los conductuales.

En un estudio de casos y controles de 149 mujeres posmenopáusicas sanas con cistitis recurrente y 53 controles sin este antecedente, se encontró que los factores mecánicos y/o fisiológicos que afectan el vaciado de la vejiga estaban fuertemente asociados con las recurrencias.

En particular, se encontraron 3 factores urológicos importantes:

- Incontinencia urinaria (41% vs 9%, para casos y controles respectivamente)
- Presencia de cistocele (19% vs a 0%)
- Orina residual posterior a la micción (28% vs 2%)

Sin embargo, otra investigación de 213 mujeres (100 con cistitis recurrente y 113 controles), no encontró diferencias en el residuo posmiccional, las características de la micción ni en la longitud uretral de las participantes.

También se mencionan factores biológicos o genéticos. Los estudios sugieren que las mujeres con cistitis recurrente tienen una mayor susceptibilidad a la colonización vaginal por uropatógenos, incluso durante los períodos asintomáticos, en comparación con las mujeres sin itu recurrente. Esto parece ocurrir, al menos en parte, por una mayor propensión a que los uropatógenos coliformes se adhieran a sus células uroepiteliales.

Los determinantes genéticos lo explican. Se sabe que el fenotipo no secretor de antígenos del grupo sanguíneo ABH está sobrerrepresentado en las niñas y mujeres con cistitis recurrente. También se conoce que las células uroepiteliales no secretoras tienen una mayor adherencia de *E. coli* uropatógena en comparación con las células secretoras. Esto pareciera ser porque las primeras expresan selectivamente receptores de glicolípidos que se unen a la *E. coli* uropatógena, lo que explicaría la mayor predisposición a desarrollar ITU recurrente en las mujeres con este tipo de células.

Sin embargo, la asociación entre el fenotipo no secretor y la cistitis recurrente podría ser menos importante en las mujeres que tienen otros factores de riesgo importantes, como el uso de espermicidas o las relaciones sexuales frecuentes.

Por otro lado, también se ha demostrado que ciertos determinantes de la virulencia de los uropatógenos proporcionan una ventaja selectiva para la capacidad de colonizar y causar infecciones. Aún no está claro si estos determinantes de las cepas que causan cistitis recurrente difieren de los que causan infecciones esporádicas. Tampoco se sabe si las mujeres con cistitis recurrente tienen una propensión a la colonización por estas cepas “urovirulentas”, en comparación con las mujeres que no tienen ITU recurrente.

¿Es reinfección o recaída?

En aquellas pacientes que tienen ITUs muy frecuentes o recurrencias rápidas después del tratamiento, es útil distinguir si los episodios son por una reinfección, es decir, una nueva infección después de la erradicación de la anterior, o por una recaída, entendida como una reaparición de la infección previa que fue erradicada de forma incompleta.

La ITU se define arbitrariamente como recaída si la recurrencia ocurre dentro de las 2 semanas posteriores a la finalización del tratamiento y la cepa infectante es la misma. Por el contrario, la recurrencia que ocurre más de 2 semanas después del tratamiento se considera una reinfección,

incluso si el uropatógeno infectante es el mismo que el original. La recurrencia también se clasifica como reinfección cuando se documenta un cultivo de orina estéril entre los 2 episodios de cistitis (en un paciente sin antibióticos) o cuando el episodio recurrente es causado por una cepa diferente a la original.

La cistitis recurrente puede ser por reinfección o por recaída y requiere una evaluación urológica más extensa.

La gran mayoría de las recurrencias de las cistitis simples parecen ser reinfecciones. Incluso la infección repetida con el mismo uropatógeno es compatible con una reinfección porque la bacteria puede persistir en la flora fecal después de la eliminación del tracto urinario y, posteriormente, recolonizar el introito y la vejiga causando la ITU recurrente.

Si bien la mayoría de las recurrencias se producen en los primeros 3 meses después de la infección inicial, estudios prospectivos a largo plazo demostraron que las cepas de E. coli son capaces de causar cistitis de 1 a 3 años después, a pesar del tratamiento apropiado y de la desaparición del organismo en urocultivos repetidos.

Habitualmente se recomienda asesorar a las mujeres con cistitis simple recurrente sobre los factores que aumentan el riesgo de tener una nueva infección urinaria (ITU) como sobre los que disminuyen este riesgo. En el otro extremo, **no está recomendado indicar activamente productos de arándanos, probióticos ni antisépticos debido a la escasez de datos claros que respalden su uso**. Sin embargo, tampoco es necesario desalentarlos si la paciente está interesada o los encuentra útiles.

En relación con la profilaxis antibiótica, a pesar de su eficacia, los expertos sugieren reservarla como último recurso en aquellas que presentan recurrencias molestas a pesar de las medidas preventivas no antibióticas.

Factores protectores

Aunque muchos enfoques del comportamiento no se han investigado adecuadamente, los pacientes y los médicos a menudo tienen sesgos muy fuertes sobre su eficacia. En consenso, se cree razonable considerar estos enfoques en la prevención de la cistitis como una forma de minimizar la exposición a los antibióticos.

Ingesta abundante de líquidos

Se sugiere que todas las mujeres con cistitis recurrente aumenten la ingesta de líquidos. Aunque se desconoce la cantidad óptima, el objetivo general es de 2 a 3 litros por día.

Existe un ensayo aleatorizado de 140 mujeres premenopáusicas que tuvieron al menos 3 episodios documentados de cistitis en el año previo y, al inicio del estudio, tenían una ingesta baja de

líquidos (menos de 1.5 litros por día con un volumen de orina de 24 horas menor de 1.2 litros). Aquellas asignadas al azar a beber 1.5 litros adicionales de agua sobre su ingesta diaria habitual, tuvieron menos episodios de cistitis (media 1.7 vs 3.2 episodios, diferencia 1.5, IC del 95%: 1.2-1.8) y requirieron menos ciclos de antimicrobianos para la cistitis (media 1.9 frente a 3.6 tratamientos) durante 12 meses, en comparación con aquellas que mantuvieron su ingesta habitual de líquidos. No hubo efectos adversos graves.

Como conclusión, incrementar la ingesta de líquidos disminuyó la incidencia de cistitis en aproximadamente un 50%.

Estos hallazgos apoyan la creencia arraigada de que una mayor ingesta de líquidos es beneficiosa para los pacientes con cistitis recurrente, en teoría, porque ayuda a diluir y eliminar la bacteriuria.

Modificación de la anticoncepción

Se sugiere que las pacientes con cistitis recurrente que usan espermicidas (particularmente junto con diafragmas), reciban asesoramiento sobre la posible asociación entre sus infecciones y el uso de espermicidas. Se espera que la abstinencia, la disminución o el cese del uso de estos productos reduzcan el riesgo de ITU.

Micción poscoital

Si bien es razonable creer que la micción poscoital temprana es útil, estudios controlados no han demostrado que esto reduzca el riesgo de cistitis recurrente. Sin embargo, es poco probable que sea perjudicial.

Higiene

Aunque no se ha estudiado correctamente, se recomienda de forma rutinaria limpiar la vulva de adelante hacia atrás para evitar la contaminación perineal con la flora fecal.

Estrógenos tópicos en mujeres posmenopáusicas

Los estrógenos vaginales han reducido eficazmente la incidencia de cistitis en pequeños ensayos de mujeres posmenopáusicas. Por esto, su uso en las pacientes posmenopáusicas con cistitis recurrente está recomendado. Los efectos adversos son generalmente leves, aunque algunas pueden encontrarlos indeseables. Se requiere precaución en aquellas con mayor riesgo de tumores estrógeno-dependientes.

En un ensayo aleatorizado de 93 mujeres posmenopáusicas con antecedentes de cistitis recurrente, el estrógeno vaginal (0.5 mg de crema de estriol todas las noches durante 2 semanas y

luego 2 veces a la semana durante 8 meses) redujo la incidencia de cistitis en comparación con placebo (0.5 vs 5.9 episodios por paciente/año, riesgo relativo 0.25, IC del 95%: 0.13-0.50).

En otro ensayo de 108 mujeres similares al estudio previo, las asignadas al azar para recibir un anillo de estrógeno vaginal (2 mg de estradiol, cambiado cada 12 semanas durante 36 semanas) tenían menos probabilidades de tener cistitis recurrente después de 36 semanas de seguimiento, en comparación con las asignadas a placebo (51 vs 80%).

Sin embargo, los estrógenos locales parecen ser menos eficaces que la profilaxis antibiótica.

En un ensayo aleatorizado de 171 mujeres posmenopáusicas con una media de 3 episodios de cistitis en el año anterior, la incidencia de cistitis recurrente fue mayor con estrógenos vaginales en comparación con nitrofurantoína diaria (2 vs 0.8 episodios por semana/paciente-año). En este estudio no quedó claro si la formulación de estrógeno (por pesario, 2 veces por semana) se relacionó con el resultado menos favorable.

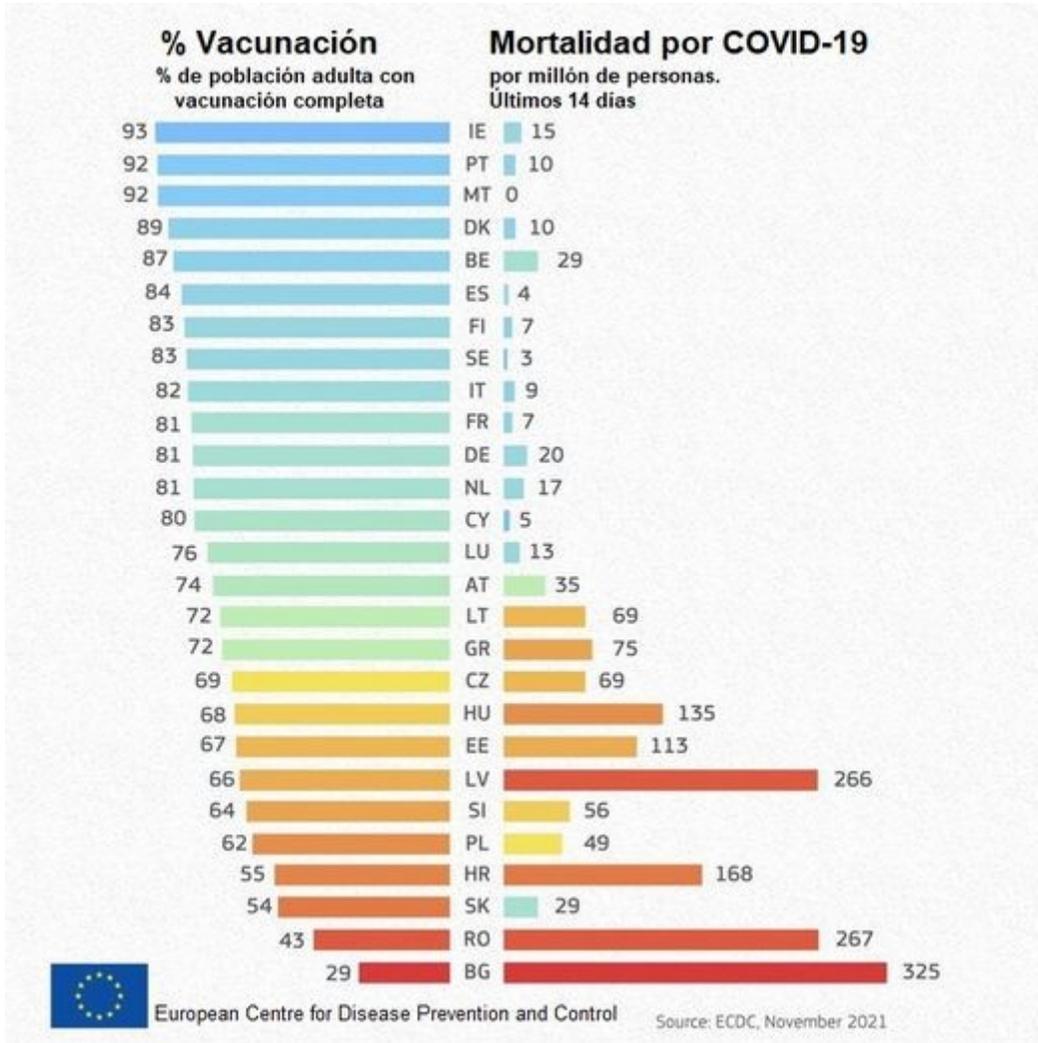
Referencia:

Actualización 2020 Uptodate

Grado de vacunación y mortalidad en países europeos.

Publicado el 26/11/21

Las vacunas son efectivas en prevenir formas graves, internaciones y muerte.



Variante Delta en niños.

Publicado el 18/09/21

Dos nuevos estudios encontraron que los casos de COVID-19 en niños y adolescentes han aumentado en número pero no en gravedad desde que la variante delta se volvió predominante. Los estudios del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) también mostraron que las tasas de hospitalización de adolescentes por COVID-19 son más altas entre aquellos que no están vacunados y en comunidades con baja cobertura de vacunas.

“Lo que queda claro de estos datos es que la cobertura de vacunación a nivel comunitario protege a nuestros niños”, dijo la directora del CDC, Rochelle P. Walensky, MD, MPH, en una conferencia de prensa. “A medida que aumenta el número de casos de COVID-19 en la comunidad, también aumentará el número de niños que se enferman, se presentan en la sala de emergencias y son admitidos en el hospital”.

Ambos estudios del *Informe de Morbilidad y Mortalidad* analizaron el COVID-19 entre niños y adolescentes de 0 a 17 años y compararon datos de julio y agosto, cuando la variante delta altamente transmisible dominaba los períodos anteriores de la pandemia.

Un estudio de datos nacionales sobre casos de COVID-19 entre niños y adolescentes en 2021 encontró que alcanzaron su punto máximo en enero, cayeron en junio y aumentaron en agosto. La tasa de hospitalización semanal por COVID-19 siguió un patrón similar. Durante la semana que terminó el 14 de agosto, aproximadamente 1.4 de cada 100,000 niños y adolescentes fueron hospitalizados por COVID-19, casi cinco veces la tasa semanal a fines de junio y cerca del pico en enero, según otro estudio de 14 estados .

Los niños de 0 a 4 años han tenido las tasas de hospitalización pediátrica más altas desde el inicio de la pandemia, y su tasa semanal de 1,9 por cada 100.000 niños a mediados de agosto era casi 10 veces mayor que la de finales de junio.

Los investigadores buscaron signos de si la variante delta está causando una enfermedad más grave. Ambos estudios encontraron niveles de gravedad estadísticamente similares antes y después de que el delta fuera dominante.

Por ejemplo, alrededor del 23% de los hospitalizados ingresaron en la unidad de cuidados intensivos en el período delta en comparación con el 27% antes del delta. Asimismo, el 10% requirió ventilación mecánica invasiva y el 2% murió en el período delta frente al 6% y el 1%, respectivamente, antes del delta. “Aunque estamos viendo más casos en niños y más casos en general, estos estudios demostraron que no hubo un aumento de la gravedad de la enfermedad en los niños”, dijo el Dr. Walensky. “En cambio, más niños tienen COVID-19 porque hay más enfermedades en la comunidad”.

El aumento de las hospitalizaciones se produce al mismo tiempo que un aumento en el virus sincitial respiratorio , lo que hace que muchos hospitales infantiles informen que las unidades de cuidados intensivos están en su capacidad o cerca de ella.

Impacto de la vacunación.

Ambos estudios mostraron que la vacunación tiene un impacto significativo en las hospitalizaciones por COVID-19. Uno encontró que los adolescentes no vacunados fueron hospitalizados en julio a una tasa 10 veces mayor que los adolescentes completamente vacunados.

El otro mostró que las visitas al departamento de emergencias y las hospitalizaciones por COVID-19 fueron 3.4 y 3.7 veces más altas en los estados con la cobertura de vacunación más baja en comparación con los estados con la cobertura de vacunación más alta.

Aproximadamente el 53% de los adultos, el 46% de los adolescentes de 16 a 17 años y el 37% de los de 12 a 15 años están completamente vacunados, según datos del CDC y un análisis de la AAP . Aproximadamente 404.000 adolescentes recibieron su primera dosis la semana pasada, una tasa que ha disminuido durante tres semanas.

“Sabemos lo que debemos hacer para proteger a nuestros niños”, dijo el Dr. Walensky. “Vacúnese, use mascarillas y siga las pautas de los CDC. Debemos unirnos para asegurarnos de que nuestros hijos, de hecho nuestro futuro, permanezcan seguros y saludables durante este tiempo ”.

Referencia:

Publicado en <https://bit.ly/3deSqxl>

Síndrome post COVID en niños.

Publicado el 11/08/21

Los niños pueden experimentar síndromes postvirales del SARS-CoV-2, pero no está claro hasta qué punto se ven afectados por el COVID prolongado.

La evidencia se limita predominantemente a poblaciones seleccionadas sin grupos de control, (1-4) lo que no permite estimar la prevalencia general y la carga en una población pediátrica general. En este trabajo compararon los síntomas compatibles con COVID prolongado en niños y adolescentes (en adelante, "niños") informados dentro de los 6 meses posteriores a la prueba serológica del SARS-CoV-2.

Métodos

Ciao Corona es un estudio de cohorte longitudinal que investiga la seroprevalencia del SARS-CoV-2 en 55 escuelas seleccionadas al azar en el cantón de Zurich en Suiza, (5,6) que tiene una población lingüística y étnicamente diversa de 1,5 millones de residentes en entornos urbanos y rurales.

Las escuelas se seleccionaron al azar de los 12 distritos cantonales, con un número de escuelas proporcional al tamaño de la población.

En Suiza, los niños asistieron a la escuela en persona (con medidas de protección) en 2020-2021, excepto durante un cierre nacional de 6 semanas (del 16 de marzo al 10 de mayo de 2020).

Dentro de las escuelas participantes, invitaron a participar a todos los niños de clases seleccionadas al azar. Entre junio de 2020 y abril de 2021, 3 fases de prueba incluyeron la recolección de sangre venosa para análisis serológicos y cuestionarios en línea para los síntomas. Para el análisis serológico utilizaron la prueba ABCORA 2.0.

Compararon a los niños que dieron positivo en la prueba de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en octubre o noviembre de 2020 con los que dieron negativo. Excluimos a los niños que fueron seronegativos en octubre o noviembre de 2020 y seroconvirtieron o no volvieron a realizar la prueba en marzo o abril de 2021.

De marzo a mayo de 2021, los padres informaron que los síntomas de sus hijos ocurrieron desde octubre de 2020 y que duraron al menos 4 semanas, así como si los síntomas persistieron durante más de 12 semanas. El cuestionario contenía una lista de síntomas predefinidos y un campo de texto libre.

El análisis descriptivo se realizó con R versión 4.0.3 (R Foundation). El Comité de Ética del Cantón de Zúrich, Suiza, aprobó el estudio y los padres proporcionaron su consentimiento informado por escrito.

Resultados

En general, se incluyeron 1355 de 2503 niños (54%) (mediana de edad, 11 años; rango intercuartílico, 9-13; 54% niñas) con un resultado de serología en octubre o noviembre de 2020. 238 niños no fueron elegibles porque se seroconvirtieron, 292 porque no fueron reexaminados y 618 porque no proporcionaron información sobre los síntomas.

En comparación con los niños no incluidos, los incluidos en el análisis eran más jóvenes (edad media, 11 frente a 12 años) y más propensos a ser niñas (54% frente a 49%), y sus padres tenían una mayor proporción de educación universitaria o universitaria (77 % vs 64%).

La distribución por edad y sexo fue comparable entre los niños seropositivos (n = 109) y los seronegativos (n = 1246).

Entre octubre y noviembre de 2020, y marzo y abril de 2021, 4 de 109 niños seropositivos (4%) frente a 28 de 1246 niños seronegativos (2%) informaron al menos 1 síntoma que duró más de 12 semanas (ver Tabla para todos los síntomas que duraron más de 4 y 12 semanas).

Los síntomas notificados con más frecuencia que duraron más de 12 semanas entre los niños seropositivos fueron cansancio (3/109, 3%), dificultad para concentrarse (2/109, 2%) y aumento de la necesidad de dormir (2/109, 2%).

Ninguno de los niños seropositivos informó haber sido hospitalizado después de octubre de 2020. Proporciones similares de niños seropositivos y seronegativos informaron una salud excelente o buena.

Table. Participant Characteristics, Most Frequently Reported Symptoms After Serologic Testing (October 2020 Through March-April 2021), and Self-rated Health Among Seropositive and Seronegative Children

	No. (%)	
	Seropositive (n = 109)	Seronegative (n = 1246)
Female sex	58 (53)	669 (54)
Age, y		
6-11	66 (61)	703 (56)
12-16	43 (39)	543 (44)
≥1 Symptom lasting >12 wk	4 (4)	28 (2)
Tiredness	3 (3)	10 (1)
Difficulty concentrating	2 (2)	8 (1)
Increased need for sleep	2 (2)	0
Congested or runny nose	1 (1)	3 (<1)
Stomachache	1 (1)	3 (<1)
Chest tightness	1 (1)	0
≥1 Symptom lasting >4 wk	10 (9)	121 (10)
Tiredness	7 (6)	51 (4)
Headache	5 (5)	39 (3)
Congested or runny nose	3 (3)	40 (3)
Stomachache	3 (3)	18 (1)
Sleep disturbances	3 (3)	14 (1)
Cough	2 (2)	15 (1)
Self-rated health ^a		
Excellent	43 (41)	497 (41)
Good	56 (53)	680 (55)
Fair	5 (5)	48 (4)
Poor	2 (2)	2 (<1)

^a The item self-rated health was assessed with the Health Behavior in School-Aged Children-Survey Instrument (eMethods in the Supplement). Self-rated health was not reported for 3 seropositive and 19 seronegative children.

Discusión

Este estudio encontró una baja prevalencia de síntomas compatibles con COVID prolongado en una cohorte de niños seleccionados al azar evaluados 6 meses después de la prueba serológica.

Aunque el COVID existe desde hace mucho tiempo en niños, (1,3,4) estimaciones de la prevalencia de síntomas persistentes basadas en la escasa bibliografía oscilan entre 0% 2 y 27% (1).

Gravedad inicial de la infección por SARS-CoV-2, diferentes enfoques metodológicos (evaluación clínica vs. -informe), la definición de casos (diagnosticados versus sospechosos), los tiempos de

seguimiento variables y la prevalencia de condiciones clínicas preexistentes probablemente contribuyan a la variabilidad en las estimaciones de prevalencia.

Este estudio informa la distribución de síntomas compatibles con COVID prolongado a nivel poblacional; no capturó infecciones graves por SARS-CoV-2 porque son raras en los niños. Una fortaleza de este estudio es el grupo de control seronegativo basado en la población.

Las limitaciones incluyen el número relativamente pequeño de niños seropositivos, falta de información sobre el momento exacto de la infección por SARS-CoV-2, posible clasificación errónea de algunos niños con resultados de seropositivos falsos, posible sesgo de recuerdo, informe de los padres de los síntomas del niño, falta de información sobre los síntomas severidad e incumplimiento del cuestionario.

Además, existieron diferencias sistemáticas entre los niños incluidos y los no incluidos en el análisis, lo que posiblemente afecte la representatividad de la muestra.

Referencias:

1. Buonsenso D, Munblit D, De Rose C, et al. Preliminary evidence on long COVID in children. *Acta Paediatr.* 2021;110(7):2208-2211.
2. Say D, Crawford N, McNab S, Wurzel D, Steer A, Tosif S. Post-acute COVID-19 outcomes in children with mild and asymptomatic disease. *Lancet Child Adolesc Health.* 2021;5(6):e22-e23.
3. Ludvigsson JF. Case report and systematic review suggest that children may experience similar long-term effects to adults after clinical COVID-19. *Acta Paediatr.* 2021;110(3):914-921.
4. Brackel CLH, Lap CR, Buddingh EP, et al. Pediatric long-COVID: an overlooked phenomenon? *Pediatr Pulmonol.* Published online June 8, 2021.
5. Ulyte A, Radtke T, Abela IA, et al. Clustering and longitudinal change in SARS-CoV-2 seroprevalence in school children in the canton of Zurich, Switzerland: prospective cohort study of 55 schools. *BMJ.* 2021;372(n616):n616.
6. Ulyte A, Radtke T, Abela IA, et al. Seroprevalence and immunity of SARS-CoV-2 infection in children and adolescents in schools in Switzerland: design for a longitudinal, school-based prospective cohort study. *Int J Public Health.* 2020;65(9):1549-1557.

Miopericarditis por vacuna anti COVID en niños.

Publicado el 10/08/21

La FDA emitió una autorización de uso de emergencia (EUA) el 11 de diciembre de 2020 para la vacuna COVID-19 de ARNm de Pfizer-BioNTech en personas de 16 años o más.

El 10 de mayo de 2021, la FDA amplió la autorización de la misma vacuna a niños de 12 a 15 años de edad.

El CDC posteriormente recomendó la vacuna anti COVID-19 para niños de 12 años en adelante mediante notificación emitida el 12 de mayo de 2021. A partir del 26 de junio de 2021, se administraron 322 millones de dosis de diversas vacunas COVID-19, de las cuales 4.521.732 niños de 12 a 15 años (5% de la población de EE. UU.) Y 3.213.339 adolescentes de 16 y 17 años (el 2,5% de la población de EE. UU.) había recibido al menos una dosis de la vacuna PfizerBioNTech COVID-19.

Desde abril de 2021, se ha informado de un aumento de miopericarditis asociado temporalmente con la vacunación COVID-19, particularmente entre los adolescentes. La AAP y la AHA respaldaron al CDC en sus recomendaciones y reiteraron los posibles beneficios de la vacunación COVID-19, que superan el pequeño riesgo aparente de miopericarditis en niños de 12 años de edad y mayores.

Objetivos

Caracterizar el curso clínico y los resultados de los niños que desarrollaron probable miopericarditis después de la vacunación con la vacuna de ARNm COVID-19 de Pfizer-BioNTech (BNT162b2).

Diseño del estudio

Un estudio transversal de 32 niños, de 12 a 18 años, diagnosticados con probable miopericarditis luego de la vacunación con ARNm de COVID-19 según los criterios del CDC para miopericarditis en 9 centros de EE. UU.

Entre el 10 de mayo de 2021 y el 20 de junio de 2021.

Recopilaron retrospectivamente los siguientes datos: demografía, detección del virus SARS-CoV-2 o pruebas serológicas, manifestaciones clínicas, resultados de las pruebas de laboratorio, resultados del estudio de imágenes, tratamiento y tiempo hasta la resolución de los síntomas.

Resultados

La mayoría (90%) de los casos siguieron a la segunda dosis de vacuna y el dolor de pecho (100%) fue el síntoma de presentación más común.

Los pacientes acudieron a la atención médica una mediana de 2 días (rango: <1 a 20 días) después de recibir la vacuna Pfizer mRNA COVID-19. Todos los adolescentes tenían una concentración plasmática de troponina elevada.

Las anomalías ecocardiográficas fueron poco frecuentes y el 84% mostró una función cardíaca normal en el momento de la presentación.

Sin embargo, la resonancia magnética cardíaca (RMC), obtenida en 16 pacientes (50%), reveló que 15 (94%) tenían realce tardío de gadolinio compatible con miopericarditis.

La mayoría fueron tratados con ibuprofeno o un AINE equivalente para el alivio sintomático, un paciente fue tratado principalmente con un corticosteroide por vía oral y tres pacientes recibieron un corticosteroide por vía oral después de la administración inicial de ibuprofeno o AINE; dos pacientes también recibieron inmunoglobulina intravenosa. La resolución de los síntomas se observó en 7 días en todos los pacientes.

Conclusiones

Nuestros datos sugieren que los síntomas debidos a la miopericarditis después de la vacunación con ARNm COVID-19 tienden a ser muy poco frecuentes, leves y transitorios. Aproximadamente la mitad de los pacientes se sometieron a RMC, que reveló evidencia de inflamación del miocardio a pesar de la ausencia de anomalías ecocardiográficas.

Hasta el momento, 79 niños de 16 o 17 años y 196 adultos jóvenes de 18 a 24 años han sido confirmados por el CDC con miocarditis o pericarditis después de la vacunación mRNA COVID-19 y actualmente se están examinando muchos más casos.

El riesgo estimado preliminar de miocarditis tras la administración de la vacuna de ARNm COVID19 de Pfizer-BioNTech es de 1,2 y 10,4 por millón después de la administración de la primera y segunda dosis, respectivamente entre los de 16 a 39 años de edad. En un informe del Ministerio de salud de Israel, de 1/3000 a 1/6000 personas de 16 a 24 años que recibieron la vacuna de ARNm COVID19 desarrollaron miocarditis o pericarditis.

El 90% de las personas afectadas en Israel eran jóvenes. Aunque la tasa de antecedentes de miocarditis en esta población es alta, la tasa después de la vacunación fue 5 a 25 veces mayor que la tasa de referencia.

La FDA también ha notificado miocarditis y pericarditis relacionadas con la vacunación con ARNm, pero concluyó que no hay indicios de una relación causal con la vacuna.

La sorprendente preponderancia masculina en esta cohorte es consistente con reportes en adultos jóvenes y series pequeñas de adolescentes.

Hasta hoy, no hubo reporte de casos posteriores a la vacunación con la vacuna de Jansen, y uno solo con la de Moderna (hombre de 52 años).

Referencia:

Resumido de: Bibhuti B. Das. Myopericarditis following mRNA COVID-19 Vaccination in Adolescents 12 through 18 Years of Age. The Journal of Pediatrics. Publicado el 2/8/21 y disponible en [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(21\)00736-8/fulltext?rss=yes](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(21)00736-8/fulltext?rss=yes)

Qué “NO HACER” en COVID leve/moderado.

Publicado el 04/09/21

¿CUÁL ES LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES LEVES Y MODERADOS CON COVID-19?

N.º	RECOMENDACIÓN
 13	<p>Se recomienda no administrar remdesivir, colchicina, plasma convaleciente, lopinavir + ritonavir, aspirina, ivermectina, cloroquina e hidroxiclороquina, con o sin azitromicina, acetilcisteína, tocilizumab, ni ningún otro medicamento para el manejo de los pacientes con COVID-19 leve y moderado.</p> <p>Recomendación Fuerte en contra. Calidad de la evidencia: baja y muy baja</p> <p><i>Nota: En el cuerpo de la evidencia y los algoritmos se presenta la calidad de la evidencia para cada intervención. El panel de expertos no evaluó algunos medicamentos en esta versión de las directrices (como REGEN-COV) puesto que no estaban disponibles en Latinoamérica y el Caribe en el momento de la evaluación.</i></p>
 14	<p>No se recomienda administrar ivermectina para el tratamiento de pacientes con COVID-19 leve o moderada, fuera del contexto de ensayos clínicos.</p> <p>Recomendación Fuerte en contra. Calidad de la evidencia: baja y muy baja</p>
 15	<p>Se recomienda no administrar antibióticos a pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 leve o moderado sin sospecha de infección bacteriana sobreagregada.</p> <p>Recomendación Fuerte en contra. Calidad de la evidencia: baja</p>
 16	<p>Se recomienda no administrar corticoesteroides para el manejo de los pacientes con COVID-19 leve o moderado.</p> <p>Recomendación Fuerte en contra. Calidad de la evidencia: moderada</p>
	<p>El tratamiento de coinfecciones debe realizarse con base en la confirmación diagnóstica y el criterio clínico, siguiendo los protocolos institucionales.</p> <p>Punto de buena práctica</p>

La variante Delta.

Publicado el 27/08/21

R0 es el número básico de reproducción.

Es una medida de cuán contagioso es un agente infeccioso.

R0 representa el número de casos que una persona infectada causará en una población que puede infectarse (se excluyen las personas vacunadas o con infecciones previas).

El R0 es calculado en ausencia de vacunación u otra estrategia de control y varía de lugar en lugar dependiendo de factores tales como densidad poblacional.

Por ej. El primer SARS-CoV2 (la primera versión) tuvo un R0 entre 2 y 3.

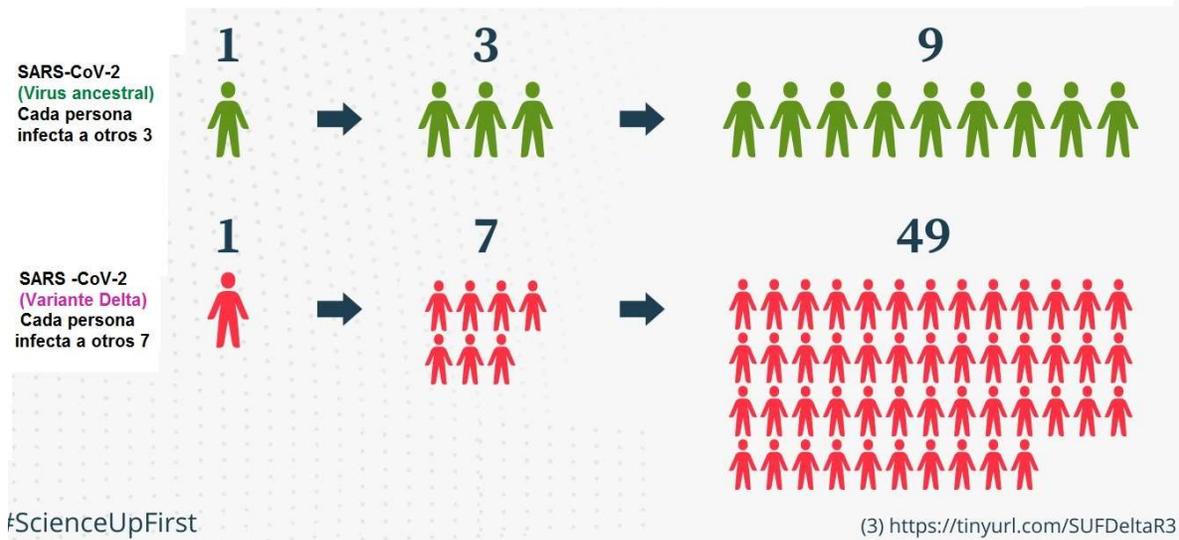
1 persona podía potencialmente infectar un promedio de 2 a 3 personas.



La variante delta de SARS-CoV-2 tiene un R0 entre 6 y 7



Un número mayor a R0 nos da una idea de lo rápido que se transmite la infección



El R0 No es el único número a tener en cuenta!

R es el número de reproducción efectivo

R0: Una medida de transmisión potencial.

Asume que la población entera es susceptible (no incluye vacunados ni inmunidad de rebaño).

R: Medida de la tasa de transmisión actual a un tiempo dado.

Mide una población mixta con inmunidad (completa o parcialmente vacunado) y susceptible

Cuando el R es menor de 1, probablemente la virulencia se apagará y el número de casos declinará.

Si el R es mayor de 1 el virus continuará reproduciéndose y afectará a la población susceptible.

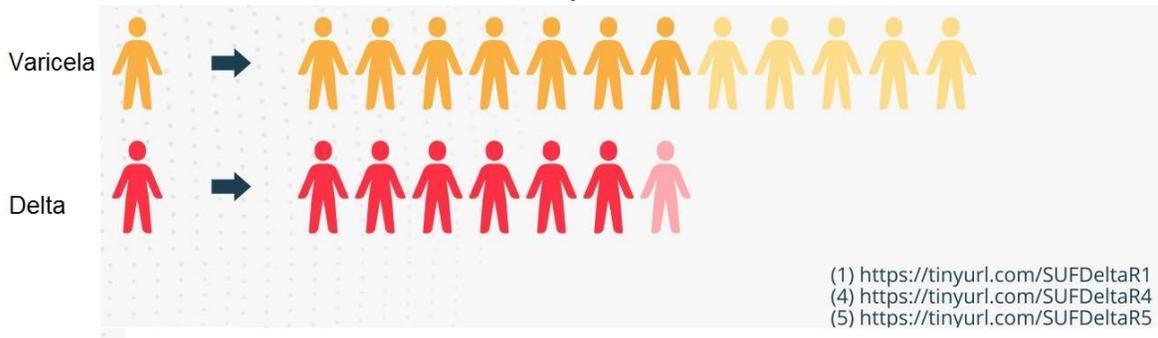
(2) <https://tinyurl.com/SUFDeltaR2>

El 26 de julio se filtra en el Washington post un documento interno del CDC (4).

Enunciaba que la variante Delta es tan contagioso como la varicela.

Esto es una sobreestimación.

El virus de la varicela tiene un R0 estimado entre 7 y 12.



Vitamina D en pacientes con COVID-19.

Publicado el 05/12/21

El año pasado, cuando no teníamos muchas opciones excelentes para lidiar con COVID-19, el interés en la vitamina D fue grande.

Varios estudios encontraron una correlación entre los niveles de vitamina D y el riesgo de COVID.

En mayo 2020 publicamos el siguiente artículo de revisión: https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=5709

Así surgieron titulares llamativos.

Incluso Anthony Fauci dijo que la estaba tomando.

Pero en retrospectiva, esos titulares sobre vitamina D y COVID fueron más ruido que noticias.

Ahora tenemos mejores opciones para lidiar con COVID, las vacunas, y el frenesí se ha calmado.

Lo que dice la evidencia

En Nutrition Journal, una nueva revisión sistemática y metanálisis arrojó once estudios de cohortes y dos ECA de vitamina D y COVID.

Más de medio millón de pacientes estaban en los estudios de cohorte.

Los criterios de valoración fueron la infección por COVID-19 y la muerte.

La calidad general de la evidencia fue muy baja. Jie Chen y sus colegas no encontraron asociación entre la deficiencia de vitamina D y la infección.

Tampoco en cuanto a la mortalidad intrahospitalaria.

No hubo relación dosis-respuesta entre los niveles de vitamina D y el riesgo de infección o muerte.

La suplementación con vitamina D no tuvo ningún efecto sobre la muerte o los ingresos a la UCI.

Entonces, el hecho es que la vitamina D es un nutriente esencial. Si tiene deficiencia, tiene sentido agregarlo a su dieta o tomar un suplemento. Pero no tiene impacto alguno por COVID.

Las vacunas Sí!

¿Qué podemos aprender?

La vitamina D tiene un gran club de fans, listo para aprovechar cualquier evidencia, por escasa que sea, para promoverla como la cura para lo que sea que nos aflija.

También es cierto que muchas personas tienen deficiencia y pueden mejorar su salud tomando un suplemento en una dosis razonable.

Más allá de esos hechos básicos, hay otra lección para nosotros en todo el ruido sobre la vitamina D y COVID que no llegó a nada.

Las narrativas son poderosas.

El club de fans de la vitamina D estaba listo para contar una historia que tenía algún sentido, pero lo que es más importante, capturó la imaginación de la gente. El mensaje es el mismo, seguir a la evidencia siempre es mejor.

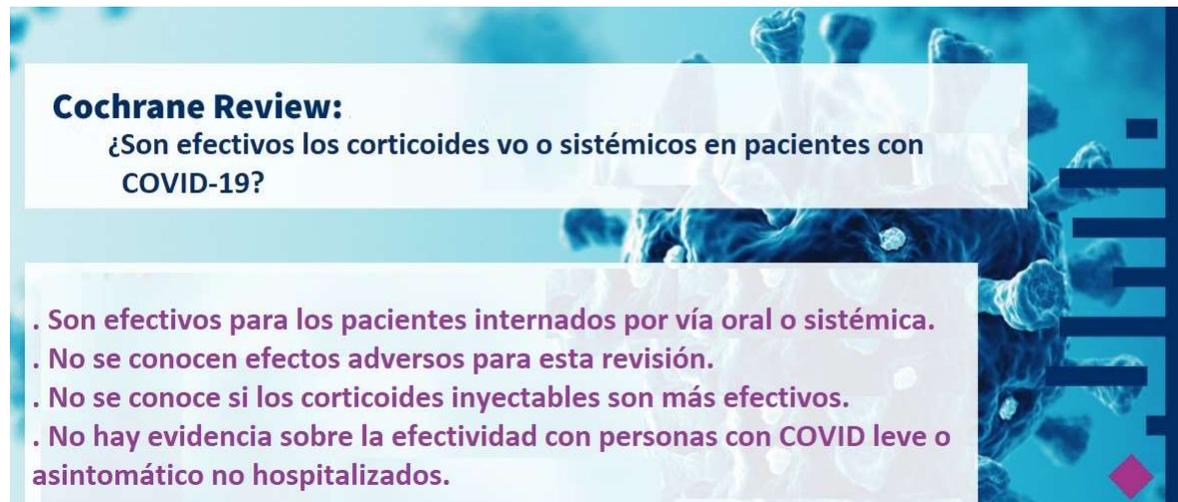
Referencia:

<https://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12937-021-00744-y>

Corticoides en COVID.

Publicado el 22/08/21

Acaba de aparecer la nueva revisión Cochrane sobre corticoides en COVID-19.



Cochrane Review:
¿Son efectivos los corticoides vo o sistémicos en pacientes con COVID-19?

- . Son efectivos para los pacientes internados por vía oral o sistémica.
- . No se conocen efectos adversos para esta revisión.
- . No se conoce si los corticoides inyectables son más efectivos.
- . No hay evidencia sobre la efectividad con personas con COVID leve o asintomático no hospitalizados.

Referencia:

<https://www.cochranelibrary.com/.../14651858.CD014963/full>

Budesonide inhalatoria en COVID en el hogar.

Publicado el 15/04/21

El tratamiento temprano con budesonide inhalada acorta el tiempo de recuperación en una mediana de tres días en pacientes con COVID-19 que tienen un mayor riesgo de padecer una enfermedad más grave y reciben tratamiento en la comunidad.

PRINCIPE es un ensayo controlado aleatorio de plataforma de fase 3 cuyo objetivo es encontrar evidencia sobre algún tratamiento efectivo contra COVID-19 para su uso en la comunidad que pueda acortar significativamente el tiempo de recuperación. En enero de 2021, el estudio PRINCIPE demostró que los antibióticos azitromicina y doxiciclina no son tratamientos efectivos para COVID-19 en las primeras etapas de la enfermedad. Este ensayo continúa investigando los efectos del tratamiento en la comunidad con colchicina, un antiinflamatorio de uso común, y favipiravir, un antiviral utilizado en Japón para tratar la influenza. El PRINCIPE está financiado por una subvención a la Universidad de Oxford de Investigación e Innovación del Reino Unido y el Departamento de Salud y Atención Social a través del Instituto Nacional de Investigación en Salud como parte del fondo de respuesta rápida a la investigación del gobierno del Reino Unido.

La budesonida inhalada es un corticosteroide seguro, relativamente económico y fácilmente disponible que se usa comúnmente en todo el mundo en inhaladores para tratar el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se añadió al ensayo PRINCIPE el 28 de noviembre de 2020.

Al ensayo con budesonida inhalada podían unirse los pacientes que habían comenzado con síntomas de COVID-19 dentro de 14 días previos y que tenían un mayor riesgo de un mal resultado de la enfermedad. Aquellos con un resultado positivo de SARS-CoV-2 se incluyeron en el análisis principal. Se pidió a los pacientes tratados con budesonida que inhalaran 800 microgramos dos veces al día durante 14 días y se les realizó un seguimiento durante 28 días. Todos los pacientes tenían más de 50 años con una condición de salud subyacente que los ponía en mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19, o tenían más de 65 años.

El reclutamiento para la rama budesonida inhalada del ensayo se detuvo el 31 de marzo de 2021 ya que, en opinión del Comité Directivo del Ensayo, se habían inscripto suficientes pacientes para establecer si el fármaco tenía algún beneficio significativo en el tiempo de recuperación. La obtención de más datos sobre ingresos hospitalarios o muerte era poco probable debido a la reducción del número de casos en el Reino Unido.

Para el informe provisorio, se asignó aleatoriamente a un total de 961 pacientes para recibir budesonida inhalada en el hogar y se comparó con 1819 pacientes asignados aleatoriamente al estándar habitual de atención. De estos, 751 personas en el grupo de budesonida y 1028 en el grupo de atención habitual fueron positivas para el SARS-CoV-2 y se incluyeron en el análisis intermedio primario.

Basándose en el análisis intermedio, utilizando los últimos datos del 25 de marzo de 2021, los resultados mostraron que la mediana de tiempo estimado para la recuperación de auto-reporte de budesonida inhalada fue 3.011 días más corto en comparación con la atención habitual (95% intervalo de confianza Bayesiano 1,134 a 5,410 días), con una alta probabilidad (0,999) de ser superior al estándar de atención habitual.

El 32% de los que usaron budesonida inhalada, en comparación con el 22% en el grupo de atención habitual, se recuperaron en los primeros 14 días desde que se asignaron al azar al ensayo y, posteriormente, se mantuvieron bien hasta los 28 días (Riesgo Relativo 1,46; IC 95%: 1,23 - 1,74). Los participantes del grupo de budesonida también informaron un mayor bienestar después de dos semanas (diferencia media en la puntuación de bienestar de la OMS-5 + 3,37, IC del 95%: 0,97 - 5,76, $p = 0,006$).

Entre los pacientes que habían completado los 28 días del estudio de seguimiento, el 8,5% (59/692) en el grupo de budesonida fueron hospitalizados con COVID-19 en comparación con el 10,3% (100/968) en el grupo de atención habitual (beneficio porcentual estimado, 2,1% [95% BCI - 0,7% - 4,8%], probabilidad de superioridad 0,928). Dado que en el ensayo ingresaron en el hospital menos personas de las esperadas, y dado que los casos de COVID-19 y las hospitalizaciones continúan disminuyendo en el Reino Unido, este análisis provisional no deja claro si la budesonida reduce las hospitalizaciones.

Referencia:

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.10.21254672v1>

Tratamientos para COVID-19.

Publicado el 08/04/21

Población

Estas recomendaciones se aplican sólo a personas con estas características:



Pacientes con COVID-19 confirmada

No severa	Grave	Crítica
Ausencia de síntomas o con síntomas leves.	Sat O2 < 90% al aire ambiente. Fcia resp >30/' adultos Taquipnea en niños ⁱ Signos de alteración mecánica respiratoria	Requiere soporte vital. Distress respiratorio Sepsis Shock séptico

Intervenciones

Ivermectina	Recomendación en contra (excepto en ECA)	
Hidroxiclороquina	Recomendación en contra	
Lopinavir/ritonavir	Recomendación en contra	
Remdesivir	Recomendación en contra (débil)	
Corticosteroides	Recomendación en contra.	Recomendación a favor (fuerte)

bit.ly/3wayX9D

Referencia:

doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3379>

La variante Delta. La eficacia de las vacunas.

Publicado el 12/08/21

La variante delta es ahora la forma dominante de SARS-CoV-2 en muchos otros países.

Los datos de Public Health England (PHE) revelan que de todas las personas que murieron dentro de los 28 días posteriores a la prueba positiva para la variante delta entre el 1 de febrero y el 19 de julio, el 49% (224) había recibido dos dosis de vacuna.

Casi todas estas personas (220) tenían 50 años o más.

Hasta ahora, en la mayoría de las personas que recibieron las dos dosis de vacunas, no tuvieron una mayor tasa de de ingresos hospitalarios/ muertes en el Reino Unido.

"... Aunque persiste la incertidumbre, hay razones para confiar en la protección que ofrecen las vacunas actuales...", dice Eleanor Riley, Profesora de inmunología y enfermedades infecciosas en la Universidad de Edimburgo.

Señales de advertencia

Los datos hasta el 4 de agosto del estudio React del Imperial College de Londres encontraron que las personas que dijeron que habían recibido dos dosis de vacuna tenían la mitad de probabilidades de dar positivo por COVID-19, ajustando otros factores como la edad y si tenían síntomas o no.

Los investigadores calculan un riesgo 50-60% menor de infección por la variante delta si una persona se vacunó dos veces.

Sin embargo, la imagen que surge de varios países sugiere que las personas vacunadas tienen más probabilidades de experimentar síntomas después de contraer la variante delta en comparación con formas anteriores del virus.

Los datos publicados por el gobierno israelí sugieren que la eficacia de la vacuna de Pfizer BioNTech contra la infección sintomática cayó del 94% al 64% después de que la variante delta comenzó a extenderse en el país. Las cifras de Public Health Scotland publicadas en The Lancet también muestran una caída en la protección contra la enfermedad sintomática, del 92% contra la variante alfa, que se detectó por primera vez en el Reino Unido, al 79% contra delta entre las personas con dos dosis de Pfizer BioNTech.

Para la vacuna Oxford AstraZeneca, la reducción fue del 73% al 60%.

Los datos de Canadá, que aún no han sido revisados por pares, pero también muestran una caída en la eficacia.

Es difícil comparar datos de varios países porque todos tienen diferentes protocolos que determinan cuándo las personas son elegibles para una prueba de COVID-19, por ejemplo.

Y la infección sintomática puede tomar muchas formas, desde una enfermedad muy leve hasta una enfermedad grave.

Pero Riley señala que los datos de PHE hasta la fecha son consistentes con estimaciones que sugieren, a pesar de estas caídas en la eficacia, que las vacunas en uso en el Reino Unido (Pfizer BioNTech, AstraZeneca y Moderna) reducen el riesgo de muerte en más del 85%, independientemente de la variante.

¿Qué pasa con la transmisión?

Una pregunta pendiente es hasta qué punto las vacunas pueden estar perdiendo efectividad para prevenir la transmisión de personas que se infectan. Después de todo, cada una de las nuevas variantes se caracteriza por una mayor transmisibilidad en comparación con el SARS-CoV-2 original (tipo salvaje).

Akiko Iwasaki, de la Universidad de Yale, dice que no lo sabremos a menos que podamos obtener más estudios observacionales después de los contactos domésticos.

Un estudio que aún no ha sido revisado por pares analizó una sola boda al aire libre cerca de Houston, Texas, en abril, donde los 92 invitados estaban completamente vacunados.

Una pareja que había viajado desde la India más tarde dio positivo por delta, y uno de ellos murió un mes después. De las personas con las que interactuaron en la boda, cuatro enfermaron de delta. Uno requirió tratamiento con anticuerpos monoclonales, pero los cuatro sobrevivieron.

Un informe publicado recientemente por el CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU.) sugiere que la carga viral de las personas vacunadas infectadas con la variante delta es similar a la de las personas no vacunadas.

Sin embargo, las personas siguen siendo menos propensas a infectarse cuando se han vacunado.

Anticuerpos neutralizantes

Todavía no está claro cómo el sistema inmunológico del cuerpo combate el SARS-CoV-2. Sin saber con certeza cuáles son los correlatos de protección, es difícil decir por qué una vacuna puede ser menos efectiva contra variantes.

Sin embargo, se están acumulando pruebas de que la capacidad de los anticuerpos para neutralizar la variante delta se reduce en comparación con, digamos, la variante alfa. Un estudio publicado en Nature encontró que los anticuerpos en muestras de sangre (sueros) de pacientes convalecientes hasta 12 meses después de la infección eran cuatro veces menos efectivos para neutralizar la variante delta que la variante alfa.

Diez sueros de personas que recibieron una sola dosis de las vacunas Pfizer BioNTech u Oxford AstraZeneca inhibieron “apenas” la delta, escribieron los autores. Sin embargo, vieron una respuesta neutralizante en los sueros de casi todas las personas que habían recibido dos dosis de una vacuna. Otro estudio sobre anticuerpos neutralizantes, publicado en The Lancet, encontró que, después de dos dosis de la vacuna Oxford AstraZeneca, la cantidad de personas que tenían

anticuerpos cuantificables contra delta fue significativamente menor, un 62% (39 de 63), que contra la vacuna original. SARS-CoV-2 de tipo salvaje (100% de los participantes).

Eso puede sonar preocupante, pero Akiko Iwasaki, profesora de inmunobiología y biología molecular, celular y del desarrollo en la Universidad de Yale, dice que hay motivos para tener esperanzas de que las personas que han recibido dos dosis de vacuna aún puedan defenderse de una enfermedad grave cuando se infectan con delta.

Es probable que esto se deba en parte a otros aspectos del sistema inmunológico, como las células T que estimulan a las células B para producir anticuerpos o las células T asesinas que destruyen las células infectadas en el cuerpo.

También señala que una reducción en los anticuerpos neutralizantes no significa necesariamente que los anticuerpos no tengan un impacto.

"Supongo que la razón por la que todavía podemos prevenir enfermedades graves de la variante delta es que estamos generando suficiente respuesta de anticuerpos contra la proteína de pico", dice.

El análisis de laboratorio de las respuestas de anticuerpos y células T al virus SARS-CoV-2 original y múltiples variantes coautorizadas por Iwasaki y que aún no han sido revisadas por pares encontró que, contra delta, la vacunación aún provocaba anticuerpos neutralizantes.

Sin embargo, hubo más anticuerpos en personas que habían contraído COVID-19 antes de la vacunación.

La conclusión es que la delta, una variante con mutaciones distintas que la hace mucho más transmisible y reduce la protección inmunitaria hasta diez veces, representa un desafío para las vacunas que se utilizan actualmente.

Pero en la mayoría de las personas, los niveles de anticuerpos neutralizantes inducidos por la vacuna son lo suficientemente grandes como para que incluso una caída de diez veces los mantenga bien protegidos.

Entonces, si bien es aleccionador ver casos que ocurren en personas completamente vacunadas, su protección se mantiene bien, a juzgar por el número de admisiones hospitalarias y muertes en relación con lo que podría haber sido.

Como dice Iwasaki: el mensaje debería ser vacunarse lo antes posible.

Del lado de los fabricantes hay confianza:

Una portavoz de Pfizer dijo al BMJ: "No hemos visto ninguna evidencia de que las variantes circulantes resulten en una pérdida de protección proporcionada por la vacuna Pfizer BioNTech covid-19 (BNT162b2) en nuestros estudios de laboratorio".

AstraZeneca dijo en un comunicado: "Los datos del mundo real de Public Health Scotland publicados en The Lancet , reafirmaron que la vacuna AstraZeneca COVID-19 era efectiva para reducir el riesgo de infección por SARS-CoV-2 y las internaciones debido a la variante delta pero en un nivel ligeramente más bajo en comparación con la variante alfa ".

Moderna ha dicho que las pruebas muestran que su vacuna continuó produciendo actividad neutralizante contra múltiples variantes , incluida la delta, mientras que un portavoz de Janssen le dijo a The BMJ : “Frente a las variantes emergentes de preocupación, los anticuerpos neutralizantes eran más altos contra la variante delta que lo que era observado para la variante beta en Sudáfrica ”.

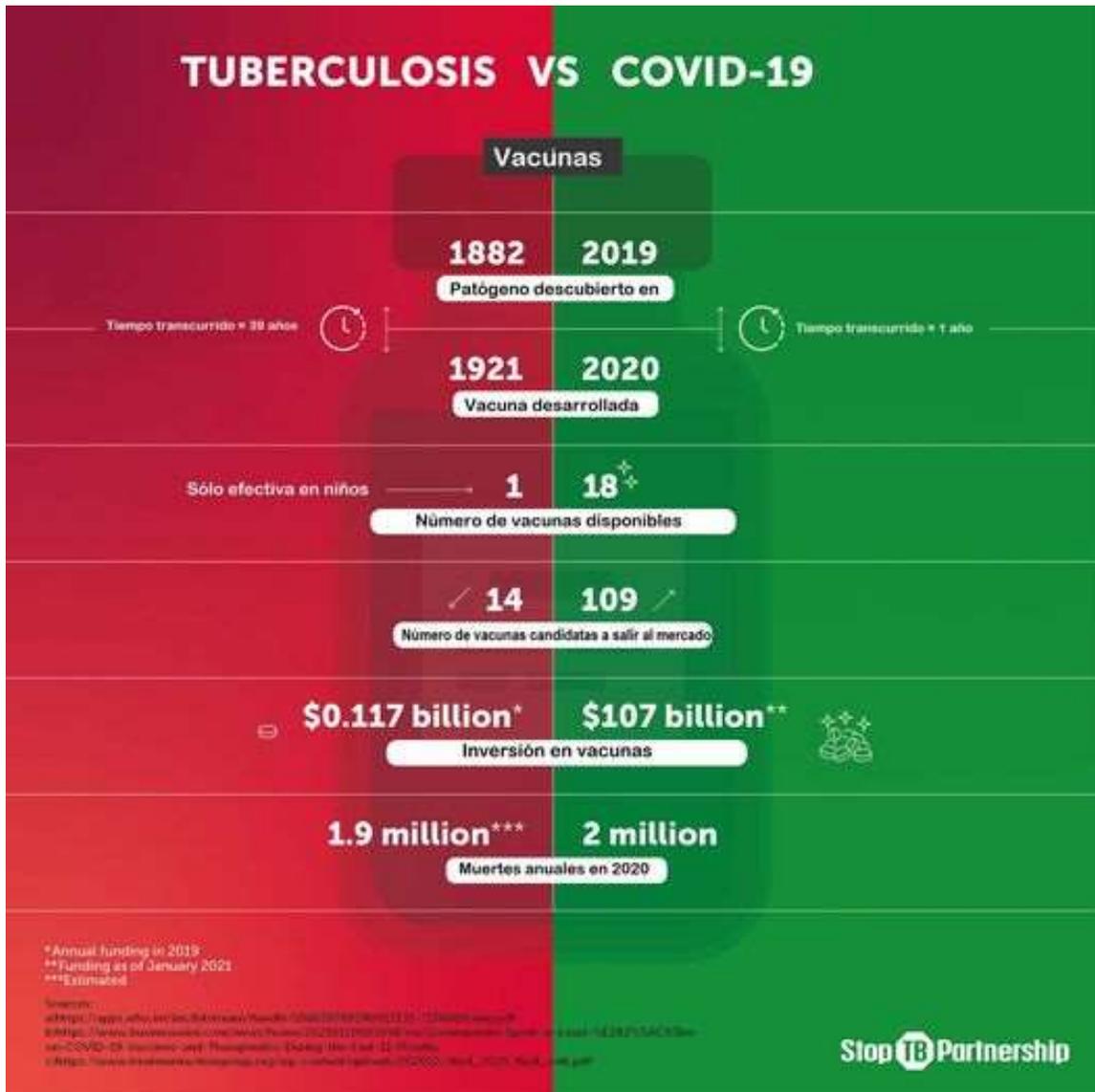
Sin embargo, a pesar de esta confianza universal, Pfizer, por ejemplo, está trabajando en una versión actualizada de su vacuna, dirigida específicamente a la variante delta. La compañía espera que esto entre en estudios clínicos en agosto.

Referencia:

<https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1960>

Tuberculosis vs COVID.

Publicado el 15/07/21



La infodemia.

Publicado el 28/11/21

Imaginá, por un momento, que un asteroide masivo se precipita hacia nuestro planeta.

Pensarías que la ciencia, la tecnología y los hechos serían la columna vertebral para enfrentarlo.

Se esperaría que los líderes mundiales ideen una estrategia, informada por las mentes más brillantes del mundo, sobre cómo desviar el asteroide.

O en su defecto, preservar tantas vidas como sea posible.

Los últimos años nos han enseñado algo.

Si este hipotético asteroide nos amenazara, es probable que aparezcan una serie de escenarios mucho más deprimentes.

Algunos líderes negarán que el asteroide exista, o se apoyarán en ideas no convencionales que sugieren que el mismo no caerá donde estemos.

Otros políticos señalarían que en realidad, un gran impacto de asteroide no es tan malo.

De por sí, no es mucho peor que una lluvia de meteoritos.

Y algunos usarían la crisis a su favor, extendiendo la división a lo largo del camino.

Crear en el asteroide podría incluso convertirse en una especie de prueba de fuego política.

Días extraños...

En los últimos años, algo que se destacó fue el volumen de desinformación que se extendió desde los primeros días, y la medida en que la infodemia fue impulsada por líderes políticos y estados.

Investigadores de la Universidad de Cornell analizaron 38 millones de artículos en inglés, publicados entre enero y mayo de 2020, sobre la pandemia.

Descubrieron que Trump figuraba en el 38% de la "conversación de desinformación" y concluyeron que probablemente sería el impulsor más importante.

La vasta plataforma de Trump, amplificada por los medios, ayudó a impulsar una ola de desinformación y desconfianza con consecuencias que se extendieron por todo el mundo.

Muchos países pasaron por lo mismo.

El desinterés de Trump por la ciencia fue evidente durante toda la pandemia.

Por ejemplo, en su minimización de la gravedad de la pandemia, o en su promoción la hidroxiquina, como tratamiento para el covid-19.

Detrás de escena, Trump presionó con fuerza para que la FDA aprobara el plasma de convaleciente y la hidroxiclороquina.

La hidroxiclороquina recibió una autorización de uso de emergencia el 28 de marzo de 2020 por parte de la FDA.

Para mayo la FDA conocía que el medicamento estaba relacionado con 400 eventos adversos para la salud y 87 muertes.

Sin embargo, la Casa Blanca todavía quería que la droga se distribuyera ampliamente.

El 1 de julio la FDA retiró su autorización. Solo entonces publicó su informe del 19 de mayo.

¿Cómo deberían trabajar juntos la ciencia y la formulación de políticas?

En un mundo ideal, las decisiones políticas se tomarían sobre la base de investigaciones científicas sólidamente fundamentadas.

Esto comprende desde cómo gestionar los bloqueos, pasando por basar las reglas de distanciamiento social en la epidemiología, hasta cuánto tiempo podría llevar razonablemente a las compañías farmacéuticas crear medicamentos y vacunas.

Siempre habrá incertidumbres y aquí es donde entra en juego el arte de la formulación de políticas.

La política, dice el Nuffield Council on Bioethics, un grupo de expertos británico, debe basarse en una mezcla de objetivos, costos y hechos.

Los políticos, en última instancia, deben tomar las decisiones.

A veces serán fáciles. (La decisión de vacunar.) En otras ocasiones, estas decisiones serán difíciles. (La decisión de cerrar.)

¿Tuvimos una pandemia posterior a la verdad?

Al final de la segunda guerra mundial, el mundo decidió que necesitaba un nuevo departamento de salud pública.

Andrija Stampar, un médico yugoslavo inauguró la primera Asamblea Mundial de la Salud en 1948. A mediados del verano de ese año, esta reunión de muchas naciones en Ginebra dio a luz a la OMS. Los líderes de la salud mundial se reunieron para escuchar al Dr. Stampar hablar del espíritu de optimismo que impulsó el esfuerzo por crear la OMS.

Explicó cómo, a lo largo del camino, las diferencias de opinión se resolvieron, de manera amistosa, mediante un acuerdo amistoso.

Casi tres cuartos de siglo después, muchas cosas han cambiado.

La escala y la naturaleza de la desinformación se han sentido extraordinarias.

Hay dos grandes razones para tal situación:

1. Esta es la primera crisis mundial en la que las grandes potencias están enviando mensajes para promover sus intereses.

2. En esta pandemia hubo altos niveles de "amplificación de la información": Bots, trolls y medios de comunicación sindicados propagan información errónea en todo el mundo. Las teorías de desinformación, politización y conspiración le han quitado científicismo al trabajo sobre la pandemia.

Esto implica:

- a. Mayor tiempo explicando que la gente entienda lo que es real.
- b. que la confianza en los científicos y los consejos de salud pública disminuyan.

Las resultantes de todo esto son peligrosas:

Ha llevado a las personas a beber sustancias peligrosas,

a buscar tratamientos que no funcionan y

a asustar a las personas para que no se vacunen (que sí funcionan).

No es la primera vez que la política o la desinformación han provocado malos resultados durante un brote de enfermedad, pensó que al comienzo de la epidemia de SIDA se decía que podía transmitirse a través del contacto casual, o que era una "plaga" gay, o que la abstinencia en lugar de los preservativos eran la solución).

Pero la naturaleza omnipresente de la desinformación y la politización de la salud con fines políticos parece notable.

A medida que nos acercamos al tercer año de la pandemia, ahora empaquetamos vacunas, terapias con anticuerpos, tratamientos con esteroides y dos nuevos medicamentos antivirales, las herramientas que tenemos para combatir el COVID-19 vienen gracias a la investigación, los ensayos clínicos y, sobre todo, los hechos.

En última instancia, la ciencia se autocorrigue y tiende a converger en la verdad.

Pero, como John Barry, autor de "La gran gripe escribió" el año pasado, "cuando se mezcla ciencia y política, se obtiene política".

En una era en la que teníamos las herramientas y la tecnología para hacerlo mucho mejor, muchos líderes no han dado prioridad a la protección de la vida humana.

Referencia:

Artículo extraído de: <https://bit.ly/3pIDnYv>

Acné Vulgaris.

Publicado el 25/09/21

El BMJ acaba de sacar una actualización (1).

Algunos de los puntos importantes:

Para el **acné leve a moderado**, las opciones de tratamiento de primera línea incluyen una combinación fija de

- (a) Adapaleno tópico con peróxido de benzoilo tópico,
- (b) Tretinoína tópica con clindamicina tópica, o
- (c) Peróxido de benzoilo tópico con clindamicina tópica

Para el **acné moderado a severo**, las opciones de tratamiento de primera línea incluyen

(a) y (b) de las anteriores, y:

Una combinación fija de adapaleno tópico con peróxido de benzoilo tópico, más limeciclina oral o doxiciclina oral ácido azelaico tópico más limeciclina oral o doxiciclina oral.

Los antibióticos tópicos u orales no deben usarse como monoterapia o en combinación entre sí.

Revisar la respuesta al tratamiento a las **12 semanas**.

Las opciones que incluyen un antibiótico (tópico u oral) **deben continuarse durante más de 6 meses solo en circunstancias excepcionales.**

Considere la interconsulta a dermatología si

a. El acné de moderado a severo no ha respondido a un tratamiento de 12 semanas que incluye un antibiótico oral

o

b. Si el acné de leve a moderado no ha respondido adecuadamente a dos cursos diferentes de 12 semanas de tratamiento.

Referencia:

(1) <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1800>

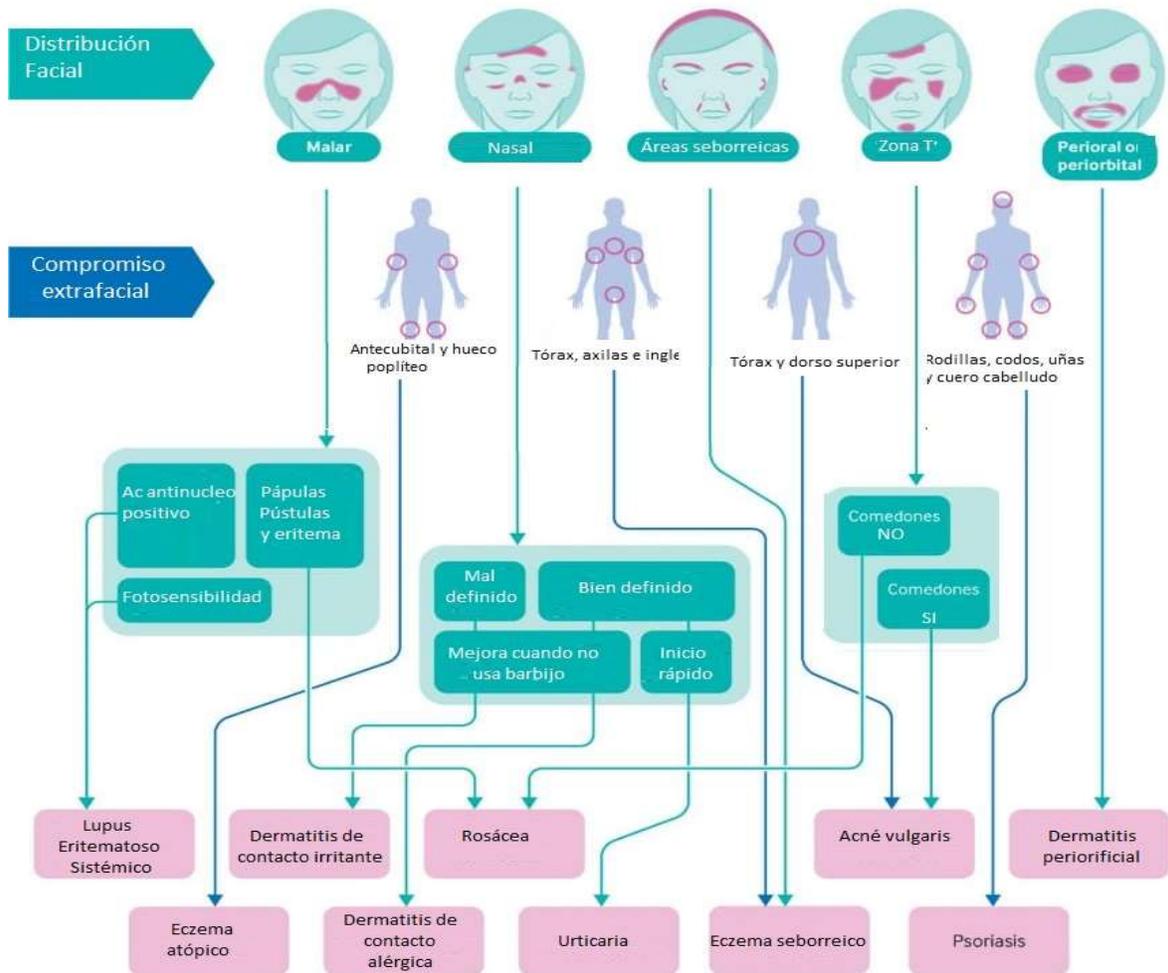
Dermatosis por barbijo.

Publicado el 20/06/21

A lo largo de esta pandemia surgieron lesiones dermatológicas por el barbijo.

Recientemente, el BMJ publicó un algoritmo, que reproducimos a continuación, para comprender las lesiones y realizar un diagnóstico más preciso.

Dermatosis facial por barbijo



thebmj Read the full article online <http://bit.ly/BMJmaskne>

© 2021 BMJ Publishing Group Ltd. Disclaimer: This infographic is not a validated clinical decision aid. This information is provided without any representation, conditions, or warranties that it is accurate or up to date. BMJ and its licensors assume no responsibility for any aspect of treatment administered with the aid of this information. Any reliance placed on this information is strictly at the user's own risk. For the full disclaimer wording see BMJ's terms and conditions: <http://www.bmj.com/company/legal-information/>

Dermatosis purpúrica pigmentada. Capilaritis

Publicado el 04/06/21

Dermatosis purpúrica pigmentada (Capilaritis)

Son un grupo de erupciones cutáneas crónicas caracterizadas por petequias, púrpuras y una aumentada pigmentación que se da preferentemente en miembros inferiores.

Enf de Shamberg

Erupción crónica cutánea y benigna caracterizada por petequias, púrpura e hiperpigmentación (en parches, marrón, rojo o amarillo).
Más frecuente en hombres y en la zona tibial, puede darse también en muslos, nalga, tronco o extremidades superiores

Hay extravasación de G Rojos desde los capilares con depósito de hierro con la consiguiente coloración ocre, naranja



Púrpura de Majocchi

Lesiones purpúricas anulares y puntiformes con un halo central claro y con leve atrofia.



Liquen aureus

Inicio agudo (esto es distintivo).
Papulas liquenoideas amarillentas o en parches o placas.
Más frecuente unilaterales



Púrpura Gougerot - Blum

Pápulas liquenoideas rojo amarronadas que tienden a unirse en placas en ancianos.



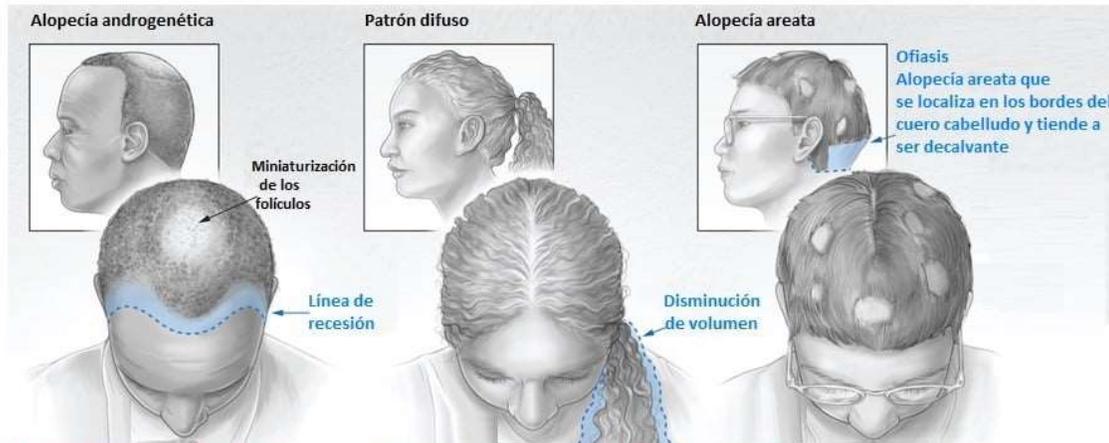
Annals of dermatology 2018
Dermoscopic Finding in Pigmented Purpuric Lichenoid Dermatitis

Púrpura eccematoide de Doucas - Kapetanakis

Frecuentemente bilateral y muy pruriginosa.
Puede haber liquenificación y puede presentar fluctuación con mejorías transitorias.

Alopecia.

Publicado el 04/06/21



Es la forma más común de alopecia. Comienza en la adolescencia por acción de la dihidrotestosterona. Hay remodelado gradual en la línea del cabello y disminución del volumen y longitud ("estoy pelado en la parte superior" y "mi pelo ya no me crece tanto")
Es hereditario. En mujeres pensá en ovario poliquístico

Enf aguda o crónica, cirugía mayor, Alt. tiroideas, embarazo, anemia ferropénica, desnutrición, ↓ peso, drogas: Litio, valproato, Fluoxetina warfarina, propranolol, retinoides, INH, interrupción de ACO que contengan estrógenos.

Alopecia areata: trast. autoinmune que usualmente se presenta en gente joven pero puede afectar cualquier edad, sexo y etnia. Coexiste con dermatitis atópica, asma o rinitis alérgica.
También pueden tener otros trastornos autoinmunes: Vitiligo, tiroiditis de Hashimoto, DBT tipo I.
En las formas leves, un 30% puede retrotraerse

Alopecia androgénica	Efluvio telógeno	Alopecia areata
	Si bien la disminución de la densidad del cabello es evidente para el paciente, es posible que no lo sea para el médico. Se hace la prueba de tracción (se agarra la base de 40-50 cabellos y se tira: Si hay > 4 cabellos telógenos, identificables por sus bulbos es positivo).	En áreas activas, el cuero cabelludo suele estar rosado y se pueden observar pelos en forma de "signo de exclamación" (cabello con extremos proximales finos). El rebrote suele ser inicialmente no pigmentado o blanco.
	La caída del cabello ocurre de 2 a 4 meses después del evento desencadenante. Solicitá: TSH, ferritina y corregir los desencadenantes en curso. La muda tarda de 6 a 9 meses en normalizarse.	Tené en cuenta que el recrecimiento espontáneo es común, así que los niños o aquellos con parches limitados pueden no requerir tto.
En mujeres <u>Soluc minoxidil 2%</u> ; y <u>láser</u> de baja potencia. En hombres Soluc minoxidil 2% o en espuma al 5% dos veces al día y finasterida 1 mg x1. Hasta el 15% de pacientes que usan minoxidil tópico tienen una caída transitoria del cabello en los primeros meses de tratamiento. Entre el 2% y el 5% de las mujeres desarrollan vello facial no deseado que desaparece al suspender el tratamiento. Los efectos adversos del finasteride son poco frecuentes.	Los pacientes con pérdida de cabello modelada concomitante pueden beneficiarse del <u>minoxidil tópico</u> para mejorar la densidad de rebrote.	Cuando la AA se da en parches leves: Triamcinolona intralesional. Otros incluyen corticoides tópicos, minoxidil tópico, irritantes de contacto (antralina) y alérgenos de contacto (éster dibutilico del ácido escuárico, difenilciclopropenona). Los (-) orales de la quinasa janus: Tofacitinib, ruxolitinib y baricitinib, Son beneficiosos para la enfermedad grave.

Referencia:

<https://ja.ma/2PvhN5P>

¿Es necesario controlar los lunares?

Publicado el 23/02/21

La siguiente es la entrevista a la Dra Kopitowski publicada en Infobae.

Con la pandemia por COVID-19 hubo muchas prácticas médicas que se interrumpieron. Y para varios expertos, lo mejor sería que algunas de ellas no se reiniciarán.

En esa categoría entra tal vez el chequeo periódico de los lunares de la piel para la detección precoz del melanoma, debido a que produce una explosión de diagnósticos sin que eso se haya traducido en una reducción de la mortalidad por esa causa, según afirmaron en *The New England Journal of Medicine* (NEJM) tres renombrados médicos de Estados Unidos liderados por Gilbert Welch, del Centro de Cirugía y Salud Pública del Hospital Brigham and Women's (BWH) de la Universidad de Harvard, en Boston.

“La pandemia de COVID-19 detuvo funcionalmente el tamizaje (screening) de cáncer de piel; lo que es importante es que no se reinicie. El tamizaje extendido en la población es el principal motor de sobrediagnóstico de melanoma”, esto es, el hallazgo de lesiones que en realidad nunca habrían causado problemas en la vida del paciente, escribieron.

La propuesta es controvertida y rompe el “mantra” de que controlarse nunca es malo, que no se pierde nada con hacerse una revisión y que, en última instancia, cada vida que se salve justifica las eventuales incomodidades. Y pone al control dermatológico en la misma lista de otros exámenes médicos cuya aplicación en escala poblacional está discutida porque pueden ocasionar más daños que beneficios.

“Cuando uno hace esto de prevenir o salir a hacer diagnóstico temprano, salir a buscar enfermedades en personas que no tienen síntomas, lo que la medicina pretende es encontrar enfermedades o condiciones que, una vez halladas en ese estadio, cambien algo en la historia de la persona. Y eso que pareciera que es lógico, automático, no siempre es así”, dijo a Infobae Karin Kopitowski, jefa del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires.

“Es contracultural. Pero, en lugar de salvarle la vida a los pacientes, con estudios mal indicados se la podemos arruinar”, agregó.

“Muchos pacientes, y también médicos, piensan que mientras más estudios se les realicen, se prevendrán más enfermedades y más sanos estarán.

Pero dado que sólo funcionaría si los estudios son los correctos, la pregunta previa es ¿cuáles deberían ser dichos estudios? Los médicos solicitan ‘rutinas’ o ‘chequeos’ aunque no quede claro para qué sirven, qué es lo que se está previniendo, ni cómo interpretar cada uno de los resultados obtenidos”, coincidió Agustín Ciapponi, médico de familia, doctor en salud pública y director del Centro Cochrane Argentina del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS).

Para Pablo Richly, médico especialista en psiquiatría y activo defensor en redes sociales de la medicina basada en la evidencia, muchos tamizajes o controles poblacionales periódicos “compulsivos” no están demostrando reducir mortalidad, pero si suman costos y “sobremedicalización” (tratamientos y procedimientos que no mejoran los resultados de salud y que, por el contrario, pueden ser perjudiciales).

“La cuestión de fondo es que la frase ‘más vale prevenir que curar’ no estaría soportada por la evidencia. Lo que determina si una intervención realmente sirve más allá de que parezca ‘razonable’ es su efectividad en la vida real”, dijo Richly a **Infobae**. Y ahí es donde los controles de piel y otros exámenes tienen dificultades para superar la prueba, aun cuando a priori parecerían ser enfoques útiles, bienintencionados y sin contraindicaciones o efectos secundarios.

Epidemia de diagnósticos

En su artículo en NEJM, Welch y sus colegas argumentan que **las campañas de chequeos de la piel** y la búsqueda activa de melanomas (el cáncer de piel más agresivo y de peor pronóstico) hizo que se sextuplicara su diagnóstico en Estados Unidos en las últimas cuatro décadas, con casi 200.000 casos estimados para 2019, solo por detrás de los tumores de mama y pulmón. Sin embargo, curiosamente, la mortalidad por esa causa ha permanecido estable durante ese lapso, lo que podría atribuirse a que aquellos melanomas cuya detección más ha aumentado (50 veces más que en 1975) son los llamados “in situ”, definidos por un crecimiento “anormal” de las células productoras del pigmento melanina que se limita a la epidermis o capa más superficial de la piel. Y cuyo riesgo de metástasis o diseminación es cero en el momento del diagnóstico.

Muchos dermatólogos temen que con el tiempo los melanomas “in situ” podrían volverse cancerosos y diseminarse a tejidos cercanos, y por eso una vez que los identifican los operan y los pacientes sienten que han “salvado su vida”.

De hecho, en muchas campañas públicas de detección precoz del cáncer de piel, se las nombra como “lesiones premalignas”. Sin embargo, el hecho de que también haya aumentado en el mismo período la incidencia de los melanomas “invasores” (de 7,9 a 25,0 cada 100.000 habitantes) sugiere que los primeros no son precursores habituales (y mucho menos “obligados”) de los segundos, argumentan los médicos estadounidenses.

Otro lema habitual de las campañas para movilizar a la gente es que “uno de cada tres cánceres es de piel”, aunque no se aclara que solo el 1% son melanomas y el 99% de ellos son de evolución muy lenta y pronóstico muy bueno. “Casi que ni siquiera habría que llamarlos cánceres”, dijo Kopitowski, quien también dirige el Departamento de Investigación del Instituto Universitario del Hospital Italiano.

Para Welch y sus colegas, otro factor que contribuye al sobrediagnóstico de los melanomas es que se hicieron más laxos los criterios de anatomía patológica para encuadrar como tales lesiones sospechosas. Y eso ha generado un círculo de diagnósticos y tratamientos difícil de romper, donde cada vez más gente conoce a alguien con un cáncer de piel “detectado y operado a tiempo” y los propios dermatólogos y pacientes están convencidos de los beneficios del control regular y los procedimientos que se derivan.

Las consecuencias adversas de este celo diagnóstico son múltiples. “Es un error considerar el daño como solo la morbilidad asociada con un tratamiento innecesario. Un diagnóstico de cáncer hace que una persona se sienta vulnerable y socava un componente importante de la salud: la resiliencia.

En este país, también empobrece a una persona y puede afectar la capacidad de obtener un seguro de vida o de salud (los planes a corto plazo ahora pueden negar cobertura por condiciones preexistentes)”, señalaron los autores del editorial.

Y añadieron que los daños se extienden mucho más allá de aquellos con cánceres sobrediagnosticados: “Por cada diagnóstico de melanoma, se realizan biopsias de más de 10 lesiones pigmentadas. Las personas que se someten a una biopsia o extirpación de nevos benignos no reciben ningún beneficio, pero, sin embargo, enfrentan los daños de las cicatrices, la infección de la herida, los costos de bolsillo y la perspectiva de una vigilancia frecuente. Los controles periódicos son ahora un componente tan común de la práctica dermatológica que probablemente produce un efecto secundario involuntario: impedir el acceso de las personas con alguna enfermedad cutánea sintomática”.

Kopitowski cree que quizás el control periódico de lunares se justifica en pacientes con más factores de riesgo de melanoma, como las personas con pieles más blancas y antecedentes de quemaduras al sol. Y Welch y colegas proponen también reorientar las campañas públicas a prevenir la exposición solar, educar sobre los factores de riesgo y alertar sobre signos tempranos del cáncer de piel, como podrían ser cambios, sangrados, picazón o molestias en los lunares, pecas o manchas de la piel.

Para Andrés Politi, coordinador desde hace 15 años de la campaña nacional de prevención de cáncer de piel de la Sociedad Argentina de Dermatología, es cierto que los controles periódicos sistemáticos no han logrado reducir las muertes por melanoma. “En los últimos 30 años todos los médicos miramos y somos más proactivos en el diagnóstico de melanomas, y se diagnostican muchos más en un periodo curable que antes. Uno esperaría que, si el melanoma mata, y lo detectamos más temprano, tendría que bajar la mortalidad. Y eso, por razones que desconocemos, no se ha constatado”, reconoció a Infobae.

Sin embargo, Politi defiende los chequeos regulares por varias razones. Según argumenta, muchos pacientes que llegan con un melanoma avanzado en realidad nunca se hicieron controles; para confirmar que un cáncer in situ no es invasivo hay que sacarlo y hacer una biopsia; y, además, nadie sabe si con el tiempo una lesión localizada no puede progresar a una forma grave. “Para la gente: el melanoma sigue siendo un cáncer que mata mucha gente, que sigue siendo prevenible, que es un cáncer de diagnóstico barato, de solución muy sencilla si se detecta a tiempo y si se llega tarde, es un problemón”, enfatizó.

Kopitowski cree que el control periódico de lunares se justifica en pacientes con más factores de riesgo de melanoma, como las personas con pieles más blancas y antecedentes de quemaduras al sol(Shutterstock)

Granadas, osos y tortugas

Un problema con el chequeo de la piel y otros controles poblacionales que no logran reducir la mortalidad específica por cáncer es que son más efectivos para detectar tumores más visibles o de evolución lenta, y pierden la mayoría de aquellos “explosivos” que tienen una aparición y progresión mucho más rápida.

“Los métodos de tamizaje son mejores para cazar tortugas, esto es, aquellos tumores que crecen tan lentamente que a menudo los pacientes mueren con ellos, pero no a causa de ellos”, dijo Kopitowski. “Por eso, en esos casos, un diagnóstico temprano no se traduce en salvar una vida. Y eso no es gratis: el paciente vivirá toda su vida con el peso de tener un cáncer. Y además le suma ese antecedente a su familia”.

Kopitowski señaló que también están los tumores “osos”, que crecen lentamente pero sí matan a los pacientes, y por eso se justifica su detección precoz.

Y los que son “granadas”: aquellos en los que transcurre muy poco tiempo desde que se genera una célula maligna hasta que dan metástasis, por lo cual los métodos de tamizaje son inútiles. “Hay melanomas, como los nodulares, que quedan fuera del radar” de los chequeos, admitió Politi. “Cuando se diagnostican, la lesión ya está avanzada”.

En función de la biología de los distintos tumores, la proporción relativa de “tortugas”, “osos” y “granadas” y la sensibilidad y especificidad de los distintos métodos de detección, los controles periódicos tendrán más o menos sentido. Podrán ser una herramienta preventiva valorada o una mera “fábrica de pacientes”, que los introduce sin necesidad real en un sinnúmero de nuevas pruebas, controles y tratamientos.

Es importante cuidarse la piel con protectores solares

Otro aspecto negativo de los exámenes innecesarios es que distraen la atención de aquellos que realmente importan, opinó la médica oncóloga Julia Ismael, exdirectora del Instituto Nacional del Cáncer. “La efectividad de una estrategia de tamizaje no se mide no con la cantidad de casos diagnosticados, sino con la disminución de la mortalidad por causa específica, comparada con una población general equivalente no sometida a ese tamizaje”, dijo Ismael a Infobae. “Las tres patologías (oncológicas) que han mostrado a través de evidencia sólida que el tamizaje reduce la mortalidad son el cáncer colorrectal, de mama y cervicouterino. Debemos concentrar la atención en ellas y realizar las pruebas recomendadas en etapas asintomáticas de la enfermedad y con pruebas accesibles y sensibles para el diagnóstico, como el test de sangre oculta en materia fecal, el test de virus papiloma humano (o pap) y la mamografía, en las edades y con la frecuencia recomendada”, añadió.

En cambio, las guías de paneles independientes de expertos que revisan la evidencia, como el Grupo de Tareas de Servicios Preventivos de Estados Unidos, desaconsejan algunas pruebas o proponen que los médicos discutan con los pacientes los beneficios y las contras de realizarlas. Iniciativas en ese país como Choosing Wisely (“elegir con sabiduría”) también difunden a la población general qué prácticas conviene evitar.

Según Kopitowski, otros controles médicos de rutina que entran en esa lista “negra”, dudosa o de utilidad condicionada son la ecografía transvaginal (no demostró reducir las muertes por cáncer de ovario); los análisis completos de sangre y orina cuando no hay síntomas o razones que los justifiquen (“son una fuente inagotable de falsos positivos y estudios que hay que repetir”); la densitometría ósea inmediatamente después de la menopausia (“el tratamiento para osteoporosis se prolonga durante 5 a 10 años y deja desprotegida a la mujer en el momento de la vida en que es más vulnerable a sufrir fracturas de cadera, que es a partir de los 75 años”); la ecografía Doppler de carótida (no probó reducir los accidentes cerebrovasculares y muertes en pacientes sin síntomas); y el tacto rectal y antígeno prostático específico en hombres mayores de 50 cuando no hay centros urológicos con capacidad o vocación de discernir si el eventual cáncer de próstata puede vigilarse sin necesidad de operar o si se requiere de una extirpación inmediata.

Cerca de 600 argentinos mueren por año a causa del melanoma

Distinguir lo que sirve de lo que no

Separar la paja del trigo es esencial para optimizar los recursos del sistema sanitario, propiciar una toma de decisiones compartida (respetando los valores y preferencias del paciente) y respetar el

precepto hipocrático: “Primero, no dañar”. “Menos decirle ‘buen día’ al paciente, todo lo que los médicos hacemos después puede acarrear daños. Hasta tomar la presión. Que después la medicina decida que los beneficios son lo suficientemente importante para justificar los daños no significa que estos no existan”, subrayó Kopitowski.

En su libro “Overdiagnosis” (Sobrediagnóstico), Welch embate contra la creencia “verdaderamente errónea” según la cual el diagnóstico precoz ahorra dinero. “El diagnóstico temprano siempre conlleva más utilización de servicios sanitarios y por ello más costo. Cuantas más personas son estudiadas, más son diagnosticadas, más necesitan visitas de seguimiento y más son tratadas.

Como consecuencia, los potenciales ahorros de las pocas intervenciones beneficiosas son superados por los costos de las numerosas innecesarias”, escribió.

Y esa ineficiencia después resulta difícil de corregir. “Siempre existen fundamentalistas que sin evidencias de efectividad han promovido ciertas prácticas (y frecuencias de realización) en la población luego de lo cual resulta casi imposible erradicarlas sin ser acusado de querer recortar gastos”, lamentó Ciapponi, quien también es investigador principal del CONICET. Por eso surgió la llamada “prevención cuaternaria”, que “intenta prevenir los excesos o encarnizamientos preventivos que pueden generar cascadas diagnósticas innecesarias, angustia por los resultados, etiquetamientos con enfermedades y, en definitiva, menor salud para la población”, añadió.

El médico clínico Horacio Argente, profesor de Semiología en la Facultad de Medicina de la UBA, dice que todos los años brinda a sus alumnos una clase sobre exámenes periódicos de salud y el perjuicio de aquellos que son innecesarios. “La clave está en comprender la importancia de la prevención cuaternaria y lo dañino que es la medicalización de la vida. Lo cierto es que hay muchos intereses creados, en la comunidad médica (poder y posicionamiento frente a los pacientes), los prestadores (satisfacer la demanda y rédito económico) y las mismas personas (derechos percibidos y apreciación errónea del concepto de salud)”, manifestó Argente a Infobae.

La mayoría de los médicos indican pruebas que podrían ser fútiles o “contraproducentes” de buena fe, o por desconocimiento de la evidencia. Pero Richly también citó una expresión del escritor Upton Sinclair: “Es difícil hacer que un hombre entienda algo cuando su salario depende de que no lo entienda”. Kopitowski dijo que sueña con que los pacientes le pregunten: “¿Por qué debiera hacerme ese examen? Si soy una persona que me siento bien y sana, ¿por qué debería convertirme en paciente?” La respuesta a veces no es tan evidente como podría pensarse.

Problemas gastroenterológicos

Acalasia.

Publicado el 29/08/21

La acalasia es un trastorno motor del esófago caracterizado por aperistaltismo y relajación incompleta del esfínter esofágico inferior sin evidencia de obstrucción mecánica.

Resulta de la degeneración de las células ganglionares en el plexo mientérico del cuerpo esofágico y el esfínter esofágico inferior, lo que lleva a una relajación incompleta del esfínter esofágico inferior y aperistalsis en el esófago distal.

Cuando sospecharlo

En pacientes con disfagia a sólidos y líquidos o con pirosis que no se resuelve con una prueba terapéutica de prazoles.

El diagnóstico se establece mediante manometría esofágica y puede estar respaldado por hallazgos en el trago de bario.

Todos los pacientes requieren VEDA para descartar obstrucción mecánica por alguna malignidad.

El tratamiento puede consistir en farmacoterapia o procedimientos endoscópicos o quirúrgicos destinados a reducir el tono del esfínter esofágico inferior.

Los que son candidatos quirúrgicos tienen como opciones:

- Dilatación neumática
- Miotomía endoscópica peroral o
- miotomía quirúrgica laparoscópica inicialmente;

En general, todos estos métodos se consideran igualmente efectivos.

Se recomienda la miotomía endoscópica peroral como el tratamiento preferido para el manejo de pacientes con acalasia tipo III (recordá que hay 3 subtipos, basados en los hallazgos manométricos de alta resolución utilizando la clasificación de Chicago de trastornos de la motilidad esofágica (versión 3). Estos tipos tienen implicancias para el manejo y el pronóstico).

En los pacientes que no se los puede intervenir quirúrgicamente se puede realizar inyección endoscópica de toxina botulínica en el esfínter esofágico inferior o con farmacoterapia (bloqueantes de los canales de calcio y nitratos de acción prolongada).

Estos métodos son menos efectivos.

La enfermedad progresiva puede resultar en megaesófago con acalasia en etapa terminal.

También se asocia con un mayor riesgo de carcinoma de células escamosas de esófago.

El proceso subyacente que causa acalasia es incurable; el tratamiento tiene como objetivo resolver los síntomas y el seguimiento después de la terapia es de por vida

¡Atento a esto!

Los pacientes pueden informar regurgitación como el síntoma principal de acalasia, lo que lleva a un diagnóstico erróneo de enfermedad por reflujo gastroesofágico y un retraso en el tratamiento adecuado.

La resolución de los síntomas puede ocurrir sin una mejora significativa en el vaciado esofágico y, por lo tanto, los pacientes aún pueden tener riesgo de desarrollar complicaciones a largo plazo de acalasia.

¿Qué es la pseudoacalasia?

Trastorno de la motilidad esofágica causado con mayor frecuencia por obstrucción mecánica por tumores en el cardias gástrico.

Sin embargo, también se lo ha implicado a la infiltración maligna del plexo mientérico por adenocarcinoma de la unión gastroesofágica o por cáncer de páncreas, mama, pulmón o hígado.

También puede ser causado por factores extrínsecos, como una funduplicatura apretada o estenosis péptica o secundaria a banda gástrica ajustable laparoscópica para bajar de peso.

Se presenta con síntomas clásicos de acalasia y hallazgos endoscópicos y manométricos similares.

Aunque los síntomas de acalasia y pseudoacalasia son los mismos, una fuerte resistencia al endoscopio en la unión gastroesofágica sugiere pseudoacalasia.

Se diferencian por la presentación clínica y los hallazgos en la esofagogastroduodenoscopia y la ecografía endoscópica.

Referencias:

Vaezi MF et al: ACG clinical guideline: diagnosis and management of achalasia. Am J Gastroenterol. 108:1238-49; quiz 1250, 2013.

Khashab MA et al: ASGE guideline on the management of achalasia. Gastrointest Endosc. 91(2):213-27.e6,2020.

Pandolfino JE et al: Achalasia: a systematic review. JAMA. 313(18):1841-52, 2015.

¿Rastrear hígado graso?

Publicado el 31/07/21

El hígado graso no alcohólico (HGNA) tiene un **efecto rótulo que condiciona a las personas** que consultan. Ellos piensan que tienen cáncer de hígado o cirrosis.

Sin embargo, **en atención primaria mucha gente tiene esta entidad y pocos son los que manifiestan una enfermedad terminal hepática.**

El HGNA es una acumulación de grasa en el hígado en personas que no tienen antecedentes de consumo significativo de alcohol ni de uso de medicamentos o de enfermedades como hepatitis C u otras afecciones que puedan dañar el hígado (como la inanición).

En algunas situaciones el hígado graso provoca daño hepático, lo que se manifiesta con inflamación (esteatohepatitis no relacionada con el alcohol [EHNA]). Con el tiempo, el paciente podría desarrollar cirrosis.

Si bien **se han probado varios tratamientos médicos** para el HGNA, actualmente **no hay evidencia de que alguno de ellos funcione.** Por otro lado, **las modificaciones en el estilo de vida tienen el potencial de disminuir el daño hepático, pero no está claro si lo logran.**

En relación con esto último, una nueva revisión Cochrane aclara más las cosas.

¿Cuál es el objetivo de esta revisión Cochrane?

Averiguar si alguna modificación en el estilo de vida disminuye el efecto del HGNA en: la esperanza de vida, la calidad de vida relacionada con la salud, la enfermedad hepática crónica y sus complicaciones. Además busca definir si estas modificaciones causan algún daño.

Búsqueda y análisis de la información

Los autores recopilaron y analizaron todos los ensayos clínicos aleatorios relevantes para discernir cuál es el mejor tratamiento para el HGNA.

Se encontraron 59 ensayos clínicos aleatorios (estudios en los que los participantes se asignan al azar al grupo tratamiento o al grupo control).

Durante el análisis de los datos, los autores de la revisión utilizaron tanto métodos Cochrane estándar que permiten la comparación de solo 2 tratamientos a la vez como técnicas avanzadas para comparar múltiples tratamientos al mismo tiempo (generalmente denominada "metanálisis en red [o indirecto]").

Fecha de búsqueda bibliográfica

Febrero de 2021.

¿A quiénes y qué se estudió?

Esta revisión consideró a personas de cualquier sexo, edad (incluidos los niños) y origen étnico con HGNA. Se excluyeron los estudios realizados en personas que habían recibido un trasplante de hígado.

La edad promedio de los participantes, cuando se informó, osciló entre los 13 y 65 años.

Los participantes recibieron diferentes tratamientos que iban desde consejos de salud hasta ejercicio supervisado y dietas especiales o una combinación de estos y ninguna intervención además del consejo.

Se recopilaron y analizaron datos sobre muerte, calidad de vida, eventos adversos graves y no graves, daño hepático severo, complicaciones resultantes del daño hepático severo, cáncer de hígado y muertes debidas al daño hepático. Estos se denominaron "resultados clínicos".

¿Cuáles fueron los principales resultados de la revisión?

Los 59 estudios incluyeron una pequeña cantidad de participantes (3631 participantes). Los datos del estudio fueron escasos.

28 estudios con 1942 participantes proporcionaron datos para los análisis.

El seguimiento de los participantes del ensayo varió de 1 mes a 24 meses.

Para los ensayos que informaron resultados clínicos, **el seguimiento fue de 2 a 24 meses.**

Sólo 2 ensayos pequeños no plantearon preocupaciones importantes por el sesgo y, debido a esto, existe una incertidumbre considerable acerca de los hallazgos de esta revisión.

La revisión muestra que:

- Durante un período de seguimiento de 2 a 24 meses, **los resultados clínicamente importantes relacionados con la EHNA (como muerte), fueron muy raros.** Ninguno de los participantes desarrolló complicaciones relacionadas con el hígado como cirrosis hepática, descompensación hepática (complicaciones debido a la cirrosis), trasplante de hígado, cáncer de hígado o muerte por enfermedad hepática.

Esto probablemente se deba a que el seguimiento de los participantes fue durante un tiempo demasiado corto.

- La evidencia indica incertidumbre considerable sobre el efecto de las intervenciones sobre cualquiera de los resultados clínicos.

- Se necesitan ensayos clínicos aleatorios futuros bien diseñados para descubrir las mejores modificaciones en el estilo de vida de las personas con HGNA y los tamaños de las muestras también deben ser mucho mayores.

Como las complicaciones relacionadas con el hígado se desarrollan a lo largo de 8 a 28 años, es poco probable que las diferencias en los resultados clínicos se hagan evidentes en ensayos con menos de 5 a 10 años de seguimiento.

Conclusiones de los autores

La evidencia indica una incertidumbre considerable acerca de los efectos de las intervenciones en el estilo de vida en comparación con ninguna intervención adicional (según el consejo de salud pública general) sobre cualquiera de los resultados clínicos después de un período de seguimiento corto de 2 meses a 24 meses en personas con HGNA.

En consecuencia, se necesitan ensayos clínicos aleatorios de alta calidad con un seguimiento adecuado.

Se proponen realizar ensayos clínicos aleatorizados o múltiples cohortes para ganar eficiencia y alinear los ensayos más estrechamente con la práctica clínica estándar, comparando el ejercicio aeróbico y el asesoramiento nutricional versus la atención estándar (consejo sobre ejercicio y nutrición generales).

El motivo de la elección de indicar ejercicio aeróbico y el asesoramiento dietético yace en el impacto de estas intervenciones en los resultados indirectos que pueden traducirse en un beneficio clínico.

Los resultados en dichos ensayos deben ser mortalidad, calidad de vida relacionada con la salud, cirrosis hepática descompensada, trasplante de hígado y uso de recursos.

Estas medidas que incluyen los costos de la intervención y la disminución del uso de la atención médica después de un seguimiento mínimo de 8 años, son imprescindibles para encontrar diferencias significativas en los resultados clínicamente importantes.

Referencia:

https://www.cochrane.org/CD013156/LIVER_lifestyle-modifications-people-nonalcohol-related-fatty-liver-disease

Diverticulitis aguda

Publicado el 23/04/21

Guía	Imágenes para hacer un diagnóstico	Colonoscopia para descartar malignidad	Antibióticos para la diverticulitis no complicada en pacientes inmunocompetentes	Terapia médica para la prevención	Resección profiláctica en diverticulitis no complicada recurrente en pacientes inmunocompetentes.
Alemania. DGVS / DGAV, 2015	Se deben realizar estudios de imagen; ecografía seguida de TC en situaciones inciertas o enfermedad complicada	Se recomienda la colonoscopia después del tratamiento conservador de la diverticulitis.	La terapia con antibióticos no es necesaria	Sin recomendación	La cirugía se debe plantear según el caso
Italia. SICCR, 2015	La TC es un examen de primera línea en pacientes que presentan síntomas que sugieren diverticulitis.	Se necesita una investigación colónica	Evaluar caso por caso	La fibra más rifaximina es más eficaz que la fibra sola para prevenir la diverticulitis, con una ventaja terapéutica baja	La decisión de realizar una resección electiva después de 1 o más episodios debe plantearse por cada caso.
EE. UU., AGA, 2015	Sin recomendación	realizar colonoscopia si no se ha realizado recientemente	Los antibióticos deben usarse de forma selectiva, en lugar de de forma rutinaria	Recomendar contra el uso de mesalamina; sugieren contra el uso de rifaximina o probióticos	La decisión debe ser individual
Internacional, EAES y SAGES, 2018	Recomendar la obtención de imágenes selectivas en pacientes con dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo, ausencia de vómitos, PCR > 50 mg / L y / o	No se recomienda la evaluación rutinaria del colon después de un tratamiento exitoso de la diverticulitis aguda	Se puede considerar la posibilidad de realizar un ensayo de terapia sin antibióticos con un	El uso de mesalamina no previene la diverticulitis recurrente ni mejora los síntomas gastrointestinales	Se recomienda en pacientes sintomáticos que afecten su calidad de vida.
Europeo, PCAS, 2020	Se necesitan imágenes para confirmar el diagnóstico si no hay información de diagnóstico previa. Se recomienda la TC como investigación de primera línea en caso de sospecha de diverticulitis	El seguimiento endoscópico sigue siendo controvertido y puede no ser necesario para pacientes con recuperación después de un episodio único no complicado. Todos los demás casos deben ser seguidos con un examen de colon al menos 6 semanas después del episodio.	Los pacientes con diverticulitis aguda no complicada no precisan ATB de forma rutinaria. El tratamiento con ATB debe reservarse a pacientes inmunodeprimidos y con sepsis.	No recomendar mesalamina, rifaximina ni probióticos para prevenir diverticulitis recurrente o molestias persistentes después de un episodio de diverticulitis aguda.	El objetivo de la cirugía electiva después de uno o más episodios de diverticulitis aguda es mejorar la calidad de vida. La indicación es individual y debe basarse en la frecuencia de las recurrencias, la duración y la gravedad de los ataques.

Referencia

<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n72>

Aneurismas cerebrales.

Publicado el 03/12/21

Los aneurismas intracraneales intactos son lesiones relativamente frecuentes en la población general, con una prevalencia del 3,2%, y se diagnostican con mayor frecuencia a medida que aumenta el uso y la disponibilidad de las técnicas no invasivas de detección por la imagen de los vasos intracraneales.

Si no se trata, el aneurisma intracraneal puede ser muy grave.

La morbilidad y la mortalidad en la hemorragia subaracnoidea por aneurisma son considerables: en las personas con hemorragia subaracnoidea:

12% muere inmediatamente

Más del 30% muere en el transcurso de un mes,

El 25% y el 50% muere en el transcurso de seis meses, y

30% de los sobrevivientes sigue siendo dependiente.

Sin embargo, la mayoría de los aneurismas intracraneales no sangran, y la mejor técnica de tratamiento sigue siendo objeto de debate.

Objetivos

Evaluar los riesgos y beneficios de las intervenciones en personas con aneurismas intracraneales intactos.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en CENTRAL (Biblioteca Cochrane 2020, número 5), MEDLINE Ovid, Embase Ovid, y en la base de datos Latin American and Caribbean Health Science Information (LILACS).

También se hicieron búsquedas de ensayos en curso en ClinicalTrials.gov y en la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos de la OMS desde su creación hasta el 25 de mayo de 2020. No hubo restricciones de idioma.

Se estableció contacto con expertos en la materia para identificar otros estudios y ensayos no publicados.

Criterios de selección

Ensayos verdaderamente aleatorizados y sin factores de confusión que compararon el tratamiento conservador versus los tratamientos intervencionistas (clipaje microquirúrgico o espiral endovascular) y el clipaje microquirúrgico versus la espiral endovascular para individuos con aneurismas intracraneales intactos.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión seleccionaron de forma independiente los ensayos para inclusión según los criterios mencionados, evaluaron la calidad de los ensayos y el riesgo de sesgo, realizaron la extracción de los datos y aplicaron el método GRADE a la evidencia.

Se utilizó una estrategia de análisis por intención de tratar (intention-to-treat analysis).

Resultados principales

En la revisión se incluyeron dos ensayos: un ensayo aleatorizado prospectivo con 80 participantes que comparó el tratamiento conservador con la espiral endovascular, y un ensayo controlado aleatorizado con 136 participantes que comparó el clip microquirúrgico con la espiral endovascular para los aneurismas intracraneales intactos.

No hubo diferencias en los desenlaces entre los grupos de tratamiento conservador y de espiral endovascular.

Los nuevos déficits neurológicos perioperatorios fueron más frecuentes en los participantes tratados quirúrgicamente 16/65 (24,6%; 15,8% a 36,3%) versus 7/69 (10,1%; 5,0% a 19,5%); odds ratio (OR) 2,87 (IC 95%: 1,02 a 8,93; $p = 0,038$).

La hospitalización por más de cinco días fue más frecuente en los participantes quirúrgicos 30/65 (46,2%; 34,6% a 58,1%) versus 6/69 (8,7%; 4,0% a 17,7%); OR 8,85 (IC 95%: 3,22 a 28,59; $p < 0,001$).

El seguimiento clínico hasta un año mostró que 1/48 participantes con clip versus 1/58 con espirales habían muerto, y 1/48 participantes con clipaje versus 1/58 con espirales habían quedado con discapacidad (escala de Rankin modificada > 2).

Toda la evidencia es de muy baja calidad.

Conclusiones de los autores

En la actualidad no hay suficiente evidencia de buena calidad para apoyar el tratamiento conservador ni los tratamientos intervencionistas (clip microquirúrgico o espiral endovascular) para los individuos con aneurismas intracraneales intactos.

Se necesitan más ensayos aleatorizados para establecer si la cirugía es una mejor opción que el tratamiento conservador y, en caso afirmativo, qué técnica quirúrgica es preferible para qué pacientes.

Los estudios futuros deben considerar características importantes como la edad de los participantes, el sexo, el tamaño del aneurisma, la localización del aneurisma (circulación anterior y circulación posterior), el grado de isquemia (accidente cerebrovascular grave) y la duración de las hospitalizaciones.

Referencia:

<https://bit.ly/3ldfhht>

Enfermedad de Parkinson.

Publicado el 14/08/21

Problemas al momento del diagnóstico:

- No reconocer el inicio de la enfermedad en pacientes jóvenes (p. ej., Entre los 30 y los 40 años); raro, pero ocurre
- Diagnóstico erróneo, especialmente en las primeras etapas de la enfermedad.
(casi 5% - 10% de los pacientes)

Cuadro clínico

Tabla 1

Manifestaciones principales	Otras manifestaciones motoras	Manifestaciones no motoras
Bradicinesia Temblor Rigidez Inestabilidad postural	Micrografía Facie hipomimia Disminución del parpadeo Babeo Voz apagada Disfagia Bloqueo motor (Freezing)	Anosmia Trastornos sensitivos (dolor) Trastornos del ánimo (depresión) Alteraciones del sueño Alteraciones del SN autónomo Hipotensión ortostática Alteraciones genitourinarias Disfunción sexual Del tubo digestivo Deterioro cognitivo/demencia

Así también, hasta el 20% de los pacientes diagnosticados con enfermedad de Parkinson, tienen otros diagnósticos alternativos en la autopsia. Ver tabla 2

Tabla 2. Diagnósticos diferenciales.

Enfermedad de Parkinson	Parkinsonismo atípico	Parkinsonismo secundario
De origen genético	Atrofia multisistémica	Inducido farmacológicamente
De tipo esporádico	De tipo cerebeloso (MSA-c)	Tumores
Demencia con cuerpos de Lewy	De tipo parkinsoniano	Infecciones
	Parálisis supranuclear progresiva:	De causa vascular
	Parkinsonismo	Hidrocefalia normotensiva
	Sme corticobasal	Traumatismo
	Demencia frontotemporal	Insuficiencia Hepática
		Toxinas

Tratamiento

Las guías NICE recomiendan la levodopa en las primeras etapas de la enfermedad si los síntomas motores afectan la calidad de vida.

Agonistas del receptor de Dopamina 2

Los agonistas nonergolínicos (p. ej., Pramipexol, ropinirol, rotigotina, apomorfina) son agentes de primera elección.

La apomorfina no es apropiada en la enfermedad en estadio temprano, pero se puede agregar al tratamiento con levodopa en pacientes con enfermedad avanzada. Es eficaz para todas las características motoras de la enfermedad y primera opción preferida en pacientes más jóvenes (menores de 70 años).

Si hay disfunción autonómica como Hipotensión postural:

Recomendar medidas no farmacológicas (p. ej., aumento de la ingesta de agua y sal, contramedidas físicas, inclinación nocturna de la cabeza hacia arriba, uso de medias / vendajes abdominales, cambios en la frecuencia de las comidas, evitación del alcohol)

Considerará terapia farmacológica (p. ej., Fludrocortisona, piridostigmina, domperidona).

Referencia:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng71/chapter/Recommendations>

Tratamientos para la migraña aguda.

Publicado el 21/06/21

El JAMA acaba de publicar un metanálisis sobre el tratamiento de la migraña aguda(1).

Importancia

La migraña es un cuadro frecuente y puede asociarse con una morbilidad significativa. En la actualidad, existen diferentes opciones de tratamiento para su manejo agudo.

Objetivo

Evaluar los beneficios y los daños asociados con los tratamientos agudos para la migraña episódica en adultos.

Fuentes y selección

Se realizó una búsqueda en varias bases de datos hasta el 24 de febrero de 2021. Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas que evaluaron la efectividad o los daños de los tratamientos agudos en los ataques de migraña.

Resultados

Los resultados principales incluyeron ausencia de dolor, alivio del dolor, alivio del dolor sostenido, alivio del dolor sostenido y eventos adversos. La solidez de la evidencia (SDE) se calificó con la Guía de Métodos de Calidad e Investigación de la Salud de la Agencia para Revisiones de Efectividad y Efectividad Comparativa.

Hallazgos

La evidencia sobre los triptanos y los antiinflamatorios no esteroides (AINEs) se resumió a partir de 15 revisiones sistemáticas. Para otras intervenciones se incluyeron 115 ensayos clínicos aleatorios con 28803 pacientes.

En comparación con el placebo, los triptanos y los AINEs utilizados individualmente se asociaron significativamente con una reducción del dolor de 1 día y 2 horas (SDE moderada a alta) y con un mayor riesgo de eventos adversos leves y transitorios.

En comparación con el placebo, el uso individual de los siguientes fármacos también se asociaron de manera significativa con una reducción del dolor y con un aumento de eventos adversos leves:

- Lasmiditan (SDE alto)
- Dihidroergotamina (SDE moderado a alto)
- Antagonistas del receptor de péptidos relacionados con el gen de la calcitonina (SDE bajo a alto)
- Ergotamina más cafeína (SDE moderado)
- Paracetamol (SDE moderado)
- Antieméticos (SDE bajo)
- Butorfanol (SDE bajo)

-Tramadol en combinación con paracetamol (SDE bajo)

Los hallazgos para los opioides se basaron en un SDE bajo o insuficiente.

Varios tratamientos no farmacológicos se asociaron significativamente con una mejoría del dolor:

- Neuromodulación eléctrica remota (SDE moderado)
- Estimulación magnética transcraneal (SDE bajo)
- Estimulación del nervio trigémino externo (SDE bajo)
- Estimulación del nervio vago no invasivo (SDE moderado)

No se encontraron diferencias significativas en los eventos adversos entre los tratamientos no farmacológicos y la simulación.

Conclusiones y relevancia

Existen varios tratamientos agudos para la migraña, con diferente fuerza de evidencia de apoyo.

El uso de triptanos, AINEs, paracetamol, dihidroergotamina, antagonistas de péptidos relacionados con el gen de la calcitonina, lasmiditán y algunos tratamientos no farmacológicos se asoció con una mejoría del dolor. La evidencia de muchas otras intervenciones, incluidos los opioides, fue limitada.

Referencia :

(1) <https://bit.ly/3dhftYo>

Epilepsia en pacientes ancianos

2

La enfermedad cerebrovascular es la causa más común.

1

Las convulsiones focales son más frecuentes que las generales

3

El diagnóstico es difícil debido a que puede presentar síntomas diversos. Habitualmente el período post-ictal es más prolongado.

4

Realizar

una historia detallada y la presencia de alguien que observó el cuadro suele ser importante.

5

Antes de algún tratamiento: Considera

- La polifarmacia
- La interacción entre drogas
- Metabolismo alterado de drogas (↑ vida media)
- Enfermedades concomitantes
- Susceptibilidad a efectos colaterales



The MDTea podcast provides Education on Ageing for all healthcare professionals working with older adults. Visit www.thehearingaidpodcasts.org.uk for more information, show notes, to listen on the web and to sign up to our mailing list

Twitter: @MDTea_podcast Facebook.com/MDTeapodcast

10 tips para tener en cuenta en prevención de ACV.

Publicado el 10/10/21

Este año salió la actualización de la American Heart Association sobre ACV (1).

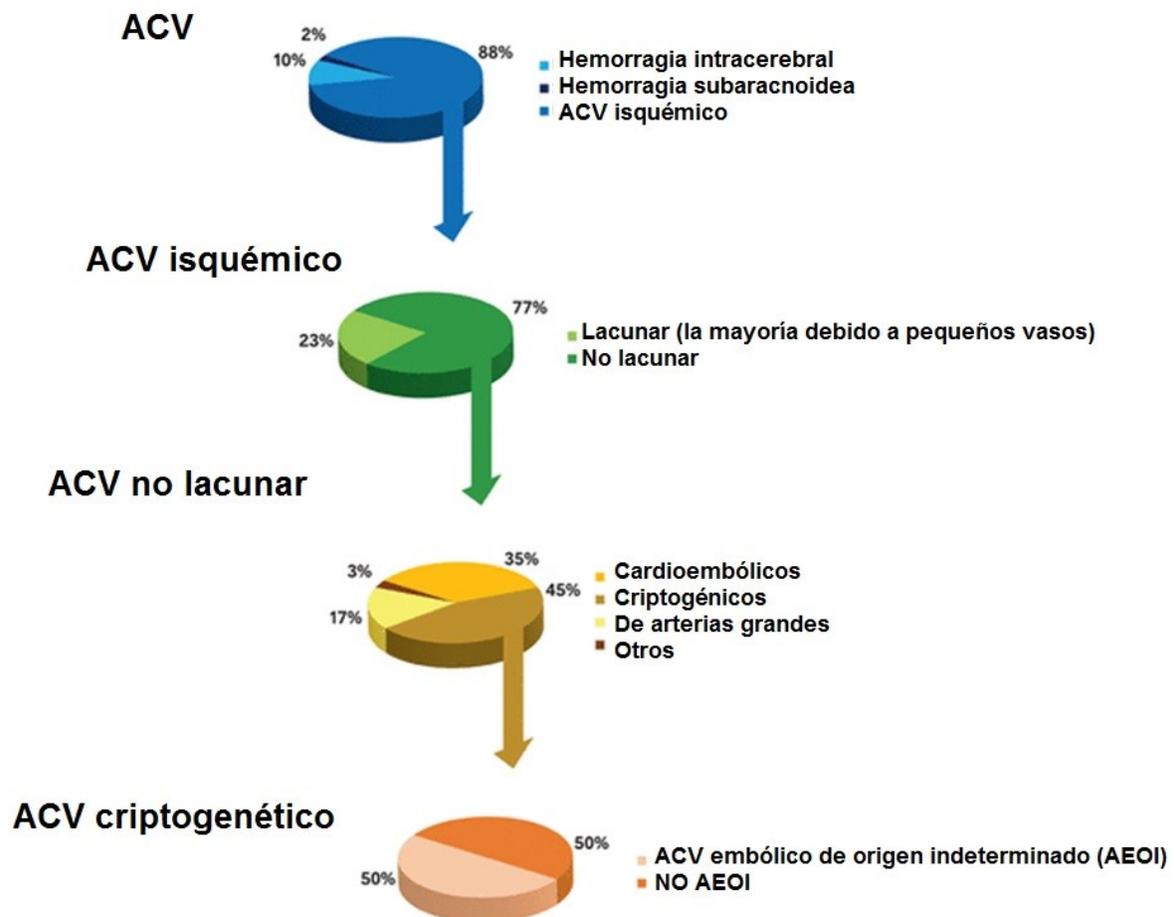
10 puntos a tener en cuenta

1. Las recomendaciones específicas para las estrategias de prevención a menudo dependen del subtipo de accidente cerebrovascular isquémico/ataque isquémico transitorio.

Por lo tanto, una novedad en esta guía es una sección que describe las recomendaciones para el diagnóstico después de un accidente cerebrovascular isquémico, para definir la etiología del accidente cerebrovascular isquémico (cuando sea posible) y para identificar los objetivos de tratamiento con el fin de reducir el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico recurrente.

Las recomendaciones ahora se agrupan por subtipo etiológico. Ver Figura 1

Figura 1:



2. El manejo de los factores de riesgo vascular sigue siendo extremadamente importante en la prevención secundaria de ACV, que incluyen (pero no se limitan a) diabetes, abandono del hábito de fumar, manejo de los lípidos y especialmente la hipertensión.

El tratamiento médico intensivo, a menudo realizado por equipos multidisciplinarios, suele ser el mejor, con objetivos de terapia adaptados al paciente individual.

3. Los factores del estilo de vida, incluida una dieta saludable y la actividad física, son importantes para prevenir un segundo accidente cerebrovascular.

Se recomiendan dietas bajas en sal y mediterráneas para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular. Los pacientes con ACV corren un riesgo especial de tener conductas sedentarias y de estar sentados de forma prolongada, y se les debe animar a que realicen actividad física de forma supervisada y segura.

4. Cambiar los comportamientos del paciente, como la dieta, el ejercicio y el cumplimiento de la medicación, requiere más que un simple consejo o un folleto de su médico.

Se necesitan programas que utilicen modelos teóricos de cambio de comportamiento, técnicas probadas y apoyo multidisciplinario.

5. La terapia antitrombótica, incluidos los agentes antiplaquetarios o anticoagulantes, se recomienda para casi todos los pacientes sin contraindicaciones.

Con muy pocas excepciones, la combinación de antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes no suele estar indicada para la prevención secundaria de accidentes cerebrovasculares. La terapia antiplaquetaria dual no se recomienda a largo plazo, y la terapia antiplaquetaria dual a corto plazo solo se recomienda en pacientes muy específicos, incluidos aquellos con ACV leve de aparición temprana y ataque isquémico transitorio de alto riesgo o estenosis intracraneal sintomática grave.

6. La fibrilación auricular sigue siendo una condición común y de alto riesgo de segundo accidente cerebrovascular isquémico.

Por lo general, se recomienda la anticoagulación si el paciente no tiene contraindicaciones. Por lo general, se recomienda la monitorización del ritmo cardíaco en busca de fibrilación auricular oculta si no se descubre otra causa de accidente cerebrovascular.

7. La enfermedad de la arteria carótida extracraneal es una causa importante y tratable de accidente cerebrovascular.

Los pacientes con estenosis grave ipsilateral a un accidente cerebrovascular no discapacitante o un ataque isquémico transitorio que son candidatos para la intervención deben tener la estenosis corregida, probablemente relativamente pronto después de su ACV isquémico.

La elección entre la endarterectomía carotídea y la colocación de un stent en la arteria carótida debe basarse en las comorbilidades específicas del paciente y las características de su anatomía vascular.

8. Los pacientes con estenosis intracraneal severa en el territorio vascular del ACV o AIT isquémico no deben recibir angioplastia ni colocación de stents como tratamiento de primera línea para prevenir la recurrencia. Se prefiere el manejo médico agresivo de los factores de riesgo y la terapia antiplaquetaria dual a corto plazo.

9. Se han realizado varios estudios que evalúan la prevención secundaria de ACV con cierre del foramen oval permeable desde la guía anterior en 2014.

Ahora se considera razonable cerrar percutáneamente el foramen oval permeable en pacientes que cumplen con cada uno de los siguientes criterios:

- Edad de 18 a 60 años,
- ACV no lacunar ,
- Ninguna otra causa identificada y
- Características de foramen oval permeable de alto riesgo.

10. Los pacientes con accidente cerebrovascular embólico de origen incierto no deben ser tratados empíricamente con anticoagulantes o ticagrelor porque no se encontró ningún beneficio.

Referencia:

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000375>

ACV y AIT, ¿Qué hacer?

Publicado el 25/03/21

El accidente cerebrovascular (ACV) es la quinta causa principal de muerte y una de las principales causas de discapacidad.

Más del 80% de los episodios son isquémicos.

Observaciones

La disfunción neurológica repentina causada por isquemia cerebral focal con evidencia de imagen de infarto agudo define al accidente cerebrovascular isquémico agudo (isquemia aguda), mientras que un episodio isquémico con déficits neurológicos pero sin infarto agudo define al ataque isquémico transitorio (AIT).

Se estima que entre el 7,5% y el 17,4% de los pacientes con AIT sufrirán un accidente cerebrovascular en los próximos 3 meses.

Los pacientes que se presentan con AIT de alto riesgo (definido como una puntuación ≥ 4 según edad, presión arterial, síntomas clínicos, duración, y tener antecedentes de diabetes (en esta escala tener una puntuación de 7 indica el peor riesgo de ACV), y que no tienen estenosis carotídea grave o fibrilación auricular, deben recibir terapia antiplaquetaria dual con aspirina y clopidogrel dentro de las 24 horas posteriores a la presentación.

Posteriormente, la aspirina y el clopidogrel combinados durante 3 semanas seguidas de un tratamiento antiplaquetario único reducen el riesgo de accidente cerebrovascular de 7.8% a 5,2% (índice de riesgo, 0,66 [IC del 95%, 0,56-0,77]).

Los pacientes con estenosis carotídea sintomática deben recibir revascularización carotídea y tratamiento antiplaquetario único, y aquellos con fibrilación auricular deben recibir anticoagulación.

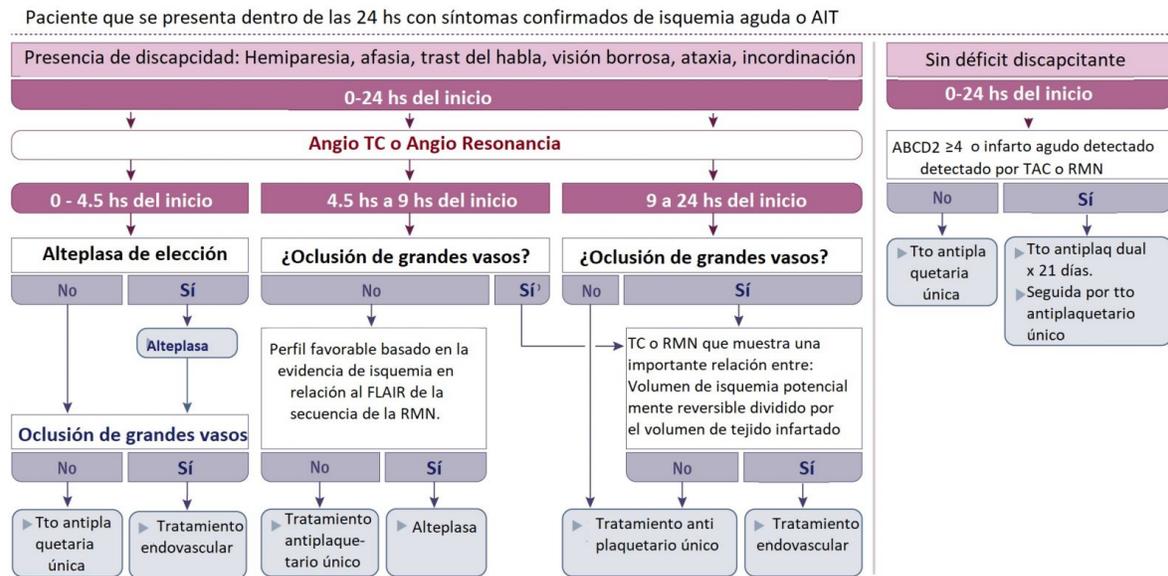
En pacientes que presentan isquemia aguda y déficits discapacitantes que interfieren con las actividades de la vida diaria, la alteplasa intravenosa mejora la probabilidad de discapacidad mínima o nula en un 39% con el activador del plasminógeno tisular recombinante intravenoso (rtPA IV) frente al 26% con placebo (odds ratio [OR], 1,6 [IC del 95%, 1,1-2,6]) cuando se administra dentro de las 3 horas posteriores a la presentación y en un 35,3% con rtPA IV frente al 30,1% con placebo (OR, 1,3 [IC del 95%, 1,1-1,5]) cuando se administra dentro de 3 a 4,5 horas de presentación.

Conclusiones y relevancia

La terapia antiplaquetaria dual iniciada dentro de las 24 horas posteriores al inicio de los síntomas y continuada durante 3 semanas reduce el riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes seleccionados con AIT de alto riesgo y accidente cerebrovascular menor.

Para pacientes seleccionados con isquemia aguda incapacitante, la trombólisis dentro de las 4.5 horas y la trombectomía mecánica dentro de las 24 horas posteriores al inicio de los síntomas mejoran los resultados funcionales. Ver figura

Figura



Referencia:

doi:10.1001/jama.2020.26867

Problemas de vía aérea superior e inferior

Entrenamiento y rehabilitación pulmonar.

Publicado el 01/08/21

Para afecciones respiratorias crónicas: EPOC, enfermedad pulmonar intersticial y bronquiectasias, se puede ofrecer rehabilitación pulmonar o entrenamiento con ejercicios (un componente de la rehabilitación pulmonar) para mejorar los síntomas y la tolerancia al ejercicio.

Varias revisiones Cochrane han mostrado evidencia del beneficio de la rehabilitación pulmonar y el entrenamiento con ejercicios, pero también destacan varias áreas de incertidumbre.

¿Cuál es la diferencia entre rehabilitación pulmonar y entrenamiento físico?

El entrenamiento con ejercicios para afecciones respiratorias crónicas generalmente implica actividades aeróbicas (por ejemplo, caminar o andar en bicicleta) y/o actividades de fortalecimiento muscular (resistencia).

También puede incluir entrenamiento de los músculos respiratorios.

La frecuencia de las intervenciones de entrenamiento con ejercicios puede variar, pero generalmente es de 2 a 5 veces por semana.

La rehabilitación pulmonar es un programa de atención multidisciplinario y adaptado individualmente para personas con afecciones respiratorias crónicas.

El entrenamiento con ejercicios incluye otras intervenciones, como sesiones de educación formal, asesoramiento o apoyo para el cambio de comportamiento.

Tanto el entrenamiento con ejercicios como la rehabilitación pulmonar se pueden completar en un hospital, un entorno comunitario (como un centro de salud comunitario o un centro de ocio) o en el hogar.

¿Qué evidencias hay de estas intervenciones?

A pesar de las diferencias en la causa subyacente, los adultos con afecciones respiratorias crónicas pueden experimentar síntomas similares, como dificultad para respirar y fatiga.

Estos síntomas, a su vez, pueden reducir la cantidad de actividad física que una persona realiza, o crear dificultades en las actividades diarias y provocar una mayor reducción en los niveles de actividad y condición física.

Entrenamiento con ejercicios para la bronquiectasias

Esta revisión Cochrane, publicada en 2021 (1), analizó los efectos del entrenamiento con ejercicios en personas con bronquiectasias (se excluyeron las personas con fibrosis quística, pero el entrenamiento con ejercicios para la fibrosis quística se ha investigado en otra revisión Cochrane publicada en 2017) (2).

La intervención duró al menos 4 semanas (u 8 sesiones) y se permitieron co-intervenciones como el entrenamiento muscular, las técnicas de limpieza de las vías respiratorias y la educación del paciente, siempre que también las recibiera el grupo de atención habitual.

Los autores identificaron 6 estudios (275 participantes) que cumplieron con sus criterios de inclusión, todos los estudios fueron en adultos e incluyeron cointervenciones además del entrenamiento con ejercicios.

En las personas con bronquiectasias estables, el entrenamiento con ejercicios puede mejorar la capacidad de ejercicio funcional (medida por la prueba de caminata incremental y la distancia caminada a los seis minutos) y la calidad de vida, pero pudo hacer poca o ninguna diferencia en la calidad de vida relacionada con la tos ni con los síntomas de la tos, ansiedad ni depresión.

Ningún estudio informó sobre la aparición de eventos adversos.

Rehabilitación pulmonar para la enfermedad pulmonar intersticial.

También publicada en 2021, esta revisión Cochrane analizó los efectos de la rehabilitación pulmonar en comparación con ninguna rehabilitación pulmonar u otra intervención en personas con enfermedad pulmonar intersticial por cualquier causa.

Se incluyeron 16 estudios (675 participantes), todos en adultos, en un metanálisis, los autores encontraron que la rehabilitación pulmonar probablemente mejora la capacidad de ejercicio funcional, medida por la prueba de caminata de seis minutos, y puede mejorar la capacidad máxima de ejercicio en comparación con ninguna rehabilitación pulmonar o un grupo de control de entrenamiento simulado.

La rehabilitación pulmonar también puede reducir la disnea y probablemente mejore la calidad de vida.

Cinco estudios analizaron resultados a más largo plazo.

La rehabilitación pulmonar probablemente conduzca a una mejora sostenida en la capacidad de ejercicio y puede conducir a una mejora sostenida de la disnea y la calidad de vida relacionada con la salud de 6 a 12 meses después de finalizada la rehabilitación pulmonar.

No se registraron datos sobre eventos adversos de la intervención en 10 estudios.

Entrenamiento con ejercicios realizado por personas dentro de los 12 meses posteriores a la resección pulmonar para el cáncer de células no pequeñas.

Esta revisión Cochrane, publicada en 2019 (3), investigó el efecto del entrenamiento físico en personas que se habían sometido recientemente (menos de 12 meses) a una resección pulmonar (con o sin quimioterapia) por cáncer de pulmón de células no pequeñas, en comparación con la atención habitual.

Se identificaron ocho estudios (450 participantes).

Se encontró que el entrenamiento físico aumenta la capacidad de ejercicio (medida por la prueba de caminata de 6 minutos) y probablemente aumenta la máxima frecuencia de consumo de oxígeno (pico de VO₂) en personas que se sometieron a resección pulmonar por cáncer de pulmón de células no pequeñas.

El ejercicio físico también puede aumentar el componente físico de la calidad de vida relacionada con la salud, probablemente aumenta la fuerza de los músculos cuádriceps y puede reducir la disnea, pero la evidencia es incierta.

Los efectos del entrenamiento físico sobre otros componentes de la calidad de vida relacionada con la salud, la fuerza de agarre, la fatiga y la función pulmonar son inciertos.

Los eventos adversos fueron registrados por cuatro estudios, sólo un estudio informó un evento adverso (fractura de cadera durante el entrenamiento de equilibrio).

Entrenamiento con ejercicios para el cáncer de pulmón avanzado

Publicada en 2019, (4) esta revisión Cochrane analizó el efecto del entrenamiento físico en personas con cáncer de pulmón avanzado (estadio IIIb a IV o cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio extenso) en comparación con la atención habitual.

Los autores encontraron seis estudios (221 participantes) que cumplieron con sus criterios de inclusión.

El entrenamiento con ejercicios puede aumentar la capacidad de ejercicio funcional, medida por la prueba de caminata de seis minutos, y puede mejorar la calidad de vida relacionada con la salud global específica de la enfermedad en comparación con la atención habitual en personas con cáncer de pulmón avanzado.

Puede haber poca o ninguna diferencia en la dificultad para respirar, la fatiga, los sentimientos de ansiedad y depresión, la función pulmonar (FEV₁) o el componente de funcionamiento físico de la calidad de vida relacionada con la salud.

Tres estudios informaron sobre eventos adversos, en un estudio (111 participantes) se informaron ocho eventos adversos menores (o lesiones musculoesqueléticas). No hubo eventos graves reportados.

Direcciones futuras en rehabilitación pulmonar y entrenamiento con ejercicios para personas con afecciones respiratorias crónicas

De cara al futuro, todavía quedan muchas preguntas sin respuesta como:

- Cuál es la "dosis" más eficaz de ejercicio (tipo e intensidad del ejercicio, frecuencia y duración de las sesiones, duración de la intervención, etc.) en enfermedades respiratorias crónicas?
- ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para promover la aceptación y la participación en el entrenamiento físico y la rehabilitación pulmonar, especialmente a largo plazo?

Referencias:

(1) <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013110.pub2/full>

(2) <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002768.pub4/full>

Faringitis: El score de Centor.

Publicado el 26/08/21

La mayoría de las faringitis son virales y mejorarán con tratamiento sintomático.

Edad	3-14 años +1	
STC grupo A son raros en menores de 3 años.	15-44 años 0	
	≥45 años -1	
Exudados o edema de amígdalas	No 0	Sí +1
Adenopatías	No 0	Sí +1
Temp > 38 °C	No 0	Sí +1
Tos	Presente 0	
	Ausente +1	

Score de Centor	Probabilidad de Faringitis STC	Acciones
0	1-2.5%	No pedir estudios adicionales ni indicar ATB.
1	5-10%	
2	11-17%	Opcional test rápido y/o cultivo.
3	28-35%	Considerar test rápido y/o cultivo.
≥4	51-53%	Considerar test rápido y/o cultivo. Los ATB empíricos pueden ser útiles según los casos.

Sinusitis aguda

Publicado el 18/02/21

La sinusitis aguda no es un diagnóstico de imágenes. Es un diagnóstico clínico.

La sinusitis bacteriana aguda (SAB) es un diagnóstico clínico y tiene una baja prevalencia entre los niños que presentan síntomas respiratorios.

Aunque una radiografía, una tomografía computarizada o una resonancia magnética normales pueden ayudar a descartar la SAB, un resultado anormal no confirma el diagnóstico debido a que muchos niños tendrán imágenes anormales por una infección viral de las vías respiratorias superiores durante ciertas épocas del año, combinado con la posibilidad de exposición a la radiación, no se recomiendan las imágenes de rutina.

Los casos en los que se justificaría la obtención de imágenes incluyen si el niño está inmunodeprimido o si existen complicaciones orbitarias, del sistema nervioso central u otras complicaciones supurativas.

Los criterios de SAB son cuando:

- (1) La tos, secreción nasal o ambas sean persistentes durante más de 10 días sin mejoría.
- (2) Existe un empeoramiento o una nueva aparición de tos, secreción nasal o fiebre; o
- (3) Tiene un inicio severo, con fiebre mayor $\geq 39^{\circ}\text{C}$ y además con secreción nasal purulenta durante al menos 3 días consecutivos.

Referencias:

Aitken M, Taylor JA. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998; 152 (3): 244-8. PMID: 9529461 .

Gwaltney JM Jr, Phillips CD, Miller RD, Riker DK. N Engl J Med. 1994; 330 (1): 25-30. PMID: 8259141.

Kristo A, Uhari M, Luotonen J, Koivunen P, Ilkko E, Tapiainen T, et al. Pediatrics. 2003; 111 (5 Pt 1): e586-9. PMID: 12728114 .

Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM, et al. Pediatrics. 2013; 132 (1): e262-80. PMID: 23796742 .

Wald ER, Nash D, Eickhoff J. Pediatrías. 2009; 124 (1): 9-15. PMID: 19564277 .

Fracturas nasales.

Publicado el 16/02/21

Las radiografías **no son útiles para evaluar fracturas nasales pediátricas.**

Las fracturas nasales son una de las fracturas faciales más frecuentes en la población pediátrica.

La decisión de realizar un procedimiento de reducción cerrada en el quirófano se basa en:

- a. dificultad respiratoria y
- b. deformidad externa

Ambas situaciones NO se evalúan de forma eficaz con una radiografía.

Tienen baja sensibilidad y especificidad: 72% y 73% respectivamente.

El examen físico suele ser suficiente para hacer el diagnóstico de niños con fracturas nasales desplazadas.

En general, las radiografías no agregan valor al diagnóstico o plan de tratamiento para niños con fracturas nasales y no deben solicitarse.

Referencias:

Desrosiers AE 3º, Thaller SR. 2011; 22 (4): 1327-9. PMID: 21772190 .

Mohammadi A, Ghasemi-Rad M. Med Ultrason. 2011; 13 (4): 292-5. PMID: 22132401 .

Nigam A, Goni A, Benjamin A, Dasgupta AR. Arch Emerg Med. 1993; 10 (4): 293-7. PMID: 8110318 .

Retrasarse en comenzar los ATB en una neumonía es mejor!

Publicado el 15/05/21

Se acaba de publicar en el BMJ (1) una revisión sistemática y metanálisis de datos de pacientes individuales para evaluar el efecto general de la prescripción tardía de antibióticos sobre la gravedad promedio de los síntomas en pacientes con infecciones del tracto respiratorio en la comunidad e identificar cualquier factor que modifique este efecto.

Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, Ovid Medline, Ovid Embase, EBSCO CINAHL Plus y Web of Science.

Se seleccionaron ensayos controlados aleatorios y estudios de cohortes observacionales en un entorno comunitario que permitieron la comparación entre:

Prescripción de antibióticos diferida versus no prescripción de antibióticos

y

Prescripción de antibióticos retrasada versus inmediata.

Principales medidas de resultado

El resultado primario fue la gravedad promedio de los síntomas 2 a 4 días después de la consulta inicial medida en una escala de siete ítems (que varía de normal a tan malo como podría ser).

Los resultados secundarios fueron

- a) duración de la enfermedad después de la consulta inicial
- b) complicaciones que resultaron en la admisión al hospital o la muerte
- c) nueva consulta con la misma enfermedad o un empeoramiento y
- d) satisfacción del paciente calificada en una escala Likert.

Resultados

Los datos se obtuvieron de nueve ensayos controlados aleatorios y cuatro estudios observacionales, con un total de 55.682 pacientes.

- No se encontraron diferencias en la gravedad de los síntomas de seguimiento (escala de siete puntos) para los antibióticos tardíos versus

inmediatos (diferencia media ajustada -0,003; intervalo de confianza del 95%: -0,12 a 0,11) o

Retrasados versus ningún antibiótico (0,02; -0,11 a 0,15).

- La duración de los síntomas fue un poco mayor en los que recibieron antibióticos tardíos versus antibióticos inmediatos (11,4 vs 10,9 días), pero fue similar para los antibióticos retrasados versus ningún antibiótico.

Las complicaciones que resultaron en internación o muerte fueron menores con antibióticos tardíos versus sin antibióticos (odds ratio 0,62; IC95%: 0,30 a 1,27) y antibióticos retrasados versus inmediatos (0,78; 0,53 a 1,13).

Se observó una reducción significativa en las tasas de reconsulta (OR 0,72, IC95% 0,60 a 0,87) y

Aumento en la satisfacción del paciente (diferencia media ajustada 0,09, 0,06 a 0,11) en los antibióticos retrasados versus sin antibióticos.

El efecto de los antibióticos retardados versus los inmediatos y los antibióticos retardados versus ningún antibiótico no se modificó por la duración previa de la enfermedad, la fiebre, la comorbilidad o la gravedad de los síntomas.

Los niños menores de 5 años tuvieron una gravedad de los síntomas de seguimiento ligeramente mayor con los antibióticos tardíos que con los antibióticos inmediatos (diferencia media ajustada 0,10, intervalo de confianza del 95%: 0,03 a 0,18), pero no se encontró un aumento de la gravedad en el grupo de mayor edad.

Conclusiones

La prescripción tardía de antibióticos es una estrategia segura y eficaz para la mayoría de los pacientes, incluidos los de los subgrupos de mayor riesgo.

La prescripción tardía se asoció con una duración de los síntomas similar a la no prescripción de antibióticos y es poco probable que conduzca a un peor control de los síntomas que la prescripción inmediata de antibióticos.

La prescripción tardía podría reducir las tasas de nuevas consultas y es poco probable que se asocie con un aumento de los síntomas o la duración de la enfermedad, excepto en los niños pequeños.

Referencia:

(1)https://www.bmj.com/content/373/bmj.n808?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_term=hootsuite&utm_content=sme&utm_campaign=usage

Neumonía adquirida de la comunidad en niños: Son 5 y no 7.

Publicado el 11/07/21

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se define como una infección aguda del parénquima pulmonar adquirida en la comunidad (a diferencia de la adquirida en el hospital). Es una enfermedad común y potencialmente grave con una morbilidad considerable.

La decisión de hospitalizar a un niño con este cuadro se individualiza según su edad, sus antecedentes y los factores clínicos de la enfermedad en curso. La hospitalización generalmente está justificada para los menores de 3 a 6 meses de edad a menos que se sospeche una etiología viral o *Chlamydia trachomatis* y se encuentren normoxémicos y relativamente asintomáticos.

La hospitalización también está justificada en los niños de cualquier edad cuyos cuidadores no puedan brindar la atención adecuada y asegurar el cumplimiento del régimen terapéutico.

En los pacientes de 6 meses a 5 años, las etiologías virales son las predominantes. La neumonía viral, sugerida por un inicio gradual que precede a los síntomas del tracto respiratorio superior, hallazgos difusos en la auscultación y ausencia de apariencia tóxica, no debe tratarse con antibióticos.

Por el contrario, la neumonía bacteriana en los niños en edad preescolar suele ser una infección más grave, de inicio súbito y con dificultad respiratoria moderada a grave que puede requerir tratamiento hospitalario.

En el caso de las NAC bacterianas, el estreptococo pneumoniae es la causa más frecuente de neumonía "típica" en niños de todas las edades. Etiologías menos frecuentes incluyen el estafilococo aureus, el estreptococo pyogenes, el haemophilus influenzae y la moraxella catarrhalis.

Para tratar a la mayoría de los niños sanos y debidamente inmunizados en quienes se cree que tienen una NAC bacteriana, la amoxicilina suele considerarse el fármaco de elección. Las guías sugieren dosis altas: 90 a 100 mg/kg por día divididos en 2 o 3 dosis (dosis máxima 4 g/día).

La duración del tratamiento antibiótico generalmente se basa en la edad del niño, el posible agente causal y la gravedad de la enfermedad.

En los lactantes con 4 meses o más y en los niños con neumonía no complicada en quienes se sospecha (o se confirma) de patógenos habituales (como estreptococo pneumoniae, mycoplasma pneumoniae, chlamydia pneumoniae, etc.), la duración recomendada con agentes distintos de la azitromicina es de 7 días a 10 días.

¿Qué hay de nuevo?

Recientemente un grupo médico de Canadá decidió evaluar cambios en la duración del tratamiento. El objetivo fue determinar si 5 días de amoxicilina en dosis altas se asociaban con tasas no inferiores de curación clínica en comparación con los 10 días de amoxicilina en dosis altas.

Diseño, escenario y participantes

El estudio SAFER (Short-Course Antimicrobial Therapy for Pediatric Respiratory Infections) fue un ensayo clínico aleatorizado de no inferioridad, de grupos paralelos y realizado en 2 centros.

El estudio piloto se realizó en 1 solo centro desde el 1 de diciembre de 2012 hasta el 31 de marzo de 2014.

El estudio principal fue desde el 1 de agosto de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2019 en los departamentos de emergencia del McMaster Children's Hospital y el Children's Hospital of Eastern Ontario.

El personal de investigación, los participantes y los evaluadores de resultados estaban cegados a la asignación del tratamiento. Los niños elegibles tenían entre 6 meses y 10 años de edad y tenían fiebre de al menos 48 horas de evolución, síntomas respiratorios, hallazgos en la radiografía de tórax compatibles con neumonía (según el médico de emergencias) y un diagnóstico primario de neumonía.

Eran excluidos si requerían hospitalización, tenían comorbilidades que los predisponían a una enfermedad grave y/o a una neumonía de origen inusual o habían recibido tratamiento previo con antibióticos β -lactámicos. Los datos se analizaron del 1 de marzo al 8 de julio de 2020.

Intervenciones

5 días de tratamiento con amoxicilina en dosis altas seguidos de 5 días de placebo (grupo intervención) versus 5 días de amoxicilina en dosis altas seguidos de 5 días de una formulación diferente de amoxicilina en dosis altas (grupo de control).

Principales resultados y medidas

Curación clínica a los 14 a 21 días.

Resultados

Entre los 281 participantes la edad media fue de 2.6 años (rango intercuartílico 1.6-4.9) y 160 (57.7%) eran de sexo masculino.

En el análisis por protocolo se observó curación clínica en 101 de 114 niños (88.6%) en el grupo intervención y en 99 de 109 (90.8%) en el grupo control (diferencia de riesgo -0.016 ; límite de confianza del 97.5% -0.087).

En el análisis por intención de tratar se observó curación clínica a los 14 a 21 días en 108 de 126 niños (85.7%) en el grupo intervención y en 106 de 126 (84.1%) en el grupo de control (diferencia de riesgo 0.023; límite de confianza 97.5% -0.061).

Conclusiones y relevancia

La terapia con antibióticos de corta duración parece ser comparable a la atención estándar para el tratamiento de niños previamente sanos con NAC que no requirieron hospitalización.

Las guías de práctica clínica deben considerar recomendar 5 días de amoxicilina para el manejo de la neumonía pediátrica de acuerdo con los principios de administración racional de antimicrobianos.

Referencia:

Resumido de [Pernica JM, Harman S, Kam AJ, et al. Short-Course Antimicrobial Therapy for Pediatric Community-Acquired Pneumonia. The SAFER Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr. 2021 Mar 8 doi: 10.1001/jamapediatrics.2020](#)

¿Pedir hemocultivos en niños con neumonía extrahospitalaria no complicada?

Publicado el 07/05/21

En los países desarrollados (población de niños altamente vacunada) la incidencia anual de neumonía de la comunidad (NAC) es de 3,3 por 1000 en niños menores de 5 años y de 1,45 por 1000 en niños de 0 a 16 años. Aproximadamente la mitad de los niños menores de 5 años requieren hospitalización. En EEUU, desde la incorporación de vacunas antineumococo (PVC 7 en 1999, y PVC 13 en 2010), las internaciones entre los menores de 2 años disminuyeron de 15/1000 habitantes a 4/1000 habitantes actualmente.

En los países con recursos limitados, la incidencia anual sigue siendo muy alta, 231/1000 habitantes, y entre el 50% y 80% requieren internación.

En los bebés las enfermedades virales siguen siendo la etiología más frecuente, más del 80% de las neumonías en menores de 2 años. Los bebés también pueden desarrollar neumonías afebriles, un síndrome que generalmente ocurre entre las dos semanas y los tres o cuatro meses de edad. Clásicamente es causada por Chlamydia trachomatis, citomegalovirus (CMV), Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum.

Entre los menores de 5 años el 50% es de origen viral también: sincicial respiratorio el más frecuente por lejos, influenza A y B, metaneumovirus, parainfluenza, enterovirus, y coronarvirus (todavía no está definido el impacto de COVID-19, pero no está entre los más frecuentes).

Entre las bacterias: las causas bacterianas importantes de neumonía en niños en edad preescolar incluyen S. pneumoniae, H. influenzae tipo b (Hib), H. influenzae no tipificable, Moraxella catarrhalis, S. aureus, S. pyogenes y bacterias atípicas. S. pneumoniae, S. aureus y S. pyogenes se asocian con un aumento de la morbilidad y la mortalidad.

S. pneumoniae es el patógeno bacteriano típico más común que causa neumonía en todos los pacientes más allá de las primeras semanas después del nacimiento. Hib es una causa poco común de neumonía en países con inmunización infantil universal.

S. aureus (en particular el meticilino resistente) y S. pyogenes se están convirtiendo en causas cada vez más frecuentes de NAC, en particular aquellas complicadas por necrosis y empiema. Además, estos organismos ocasionalmente causan neumonía después de la influenza y la varicela, respectivamente.

S. pneumoniae es la causa bacteriana típica más común de neumonía en niños mayores de cinco años.

Existe una baja probabilidad de que un paciente con neumonía adquirida en la comunidad tenga un resultado de hemocultivo clínicamente útil (con más de 2.5% de los pacientes con bacteriemia y una tasa de contaminación del 3% de todos los cultivos).

Los hemocultivos son útiles en infecciones graves porque pueden identificar un organismo que está provocando la enfermedad, lo que permite al proveedor adaptar la terapia con antibióticos al organismo patógeno. En niños completamente vacunados (particularmente con la vacuna HiB), solo 3 de cada 100 niños desarrollarán un organismo, que a menudo es un contaminante que no ayudará con su terapia. En general, el 3% de los hemocultivos extraídos en niños resultan en un contaminante.

¿Cuándo son útiles los hemocultivos en la NAC?

Pacientes inmunosuprimidos o con morbilidades graves previas, neumonías complicadas, y pacientes en cuidados intensivos.

Referencias:

Harris M, Clark J, Coote N y col. Directrices de la British Thoracic Society para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en niños: actualización de 2011. *Thorax* 2011; 66 Suppl 2: ii1.

McAllister DA, Liu L, Shi T y col. Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de morbilidad y mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años entre 2000 y 2015: un análisis sistemático. *Lancet Glob Health* 2019; 7: e47.

Lee N, Herzke C, Feldman L, Chui C, Berk J. "Cosas que hacemos sin motivo en pediatría". Podcast pediátrico de Cribsiders. <https://www.thecribsiders.com/> 17/3/2021

COVID-19 vs. Alergia

	COVID-19	Alergia
 Frecuente		
 Menos probable		
 Improbable		
		
		
		
		 *
		
		
		
		



* Habitualmente las alergias estacionales no causan falta de aire a menos que una persona tenga un problema respiratorio como asma que puede ser desencadenado por polen.

cdc.gov/coronavirus

CS323053-A 03/11/2021

Otros problemas clínicos

Hiperparatiroidismo primario.

Publicado el 09/12/21

El hiperparatiroidismo primario (HPP) es la causa más común de hipercalcemia crónica. Con la edad avanzada, la incidencia aumenta para ambos sexos, alcanzando:

En mujeres 196 por 100.000 personas-año y

En hombres 95 por 100.000 personas-años entre los 70 y los 79 años de edad.

Aproximadamente el 80% de las personas con HPP inicialmente carecen de síntomas como nefrolitiasis, disfunción renal, malestar gastrointestinal y efectos neuropsiquiátricos.

Sin embargo, incluso entre individuos asintomáticos, HPP acelera el recambio óseo, predisponiéndolos a osteoporosis y fracturas por fragilidad; la morbilidad y mortalidad de estas fracturas también son más frecuentes entre los ancianos.

La cirugía sigue siendo la única opción de tratamiento definitivo para HPP.

Sin embargo, las pautas de consenso más recientes (2014) del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (1) sugieren que en ausencia de síntomas la cirugía sólo debe considerarse en:

- Personas **menores de 50 años** con:
- Un nivel de calcio sérico superior a 1 mg/dL por encima de lo normal (límite superior, 10.3 mg/dL);
- Evidencia de osteoporosis o fracturas vertebrales;
- Clearance de creatinina Menor a 60 ml/min/1,73 m²; y/o
- Hipercalciuria (> 400 mg/d)

Un nuevo estudio retrospectivo del JAMA Internal Medicine, Seib y sus colegas (2) examinan retrospectivamente el riesgo clínico de fractura no traumática (resultado primario) y el riesgo de fractura de cadera (resultado secundario) asociados con la paratiroidectomía frente al tratamiento no quirúrgico entre 210.206 beneficiarios de Medicare diagnosticados con HPP de 2006 a 2017.

El análisis de riesgo proporcional multivariable de Cox que representa el riesgo competitivo de muerte encontró que los pacientes que se sometieron a paratiroidectomía dentro del año del diagnóstico, tuvieron un riesgo ajustado 16% menor de cualquier fractura clínica y un riesgo ajustado 17% menor de fractura de cadera en comparación con aquellos que tuvieron tratamiento no quirúrgico dentro del año después del diagnóstico.

El número necesario a tratar (NNT) para prevenir 1 fractura por fragilidad disminuyó con el tiempo después de la cirugía:

149 después de 1 año, 83 después de 2 años, 36 después de 5 años y 20 después de 10 años.

Es importante destacar que el beneficio de la paratiroidectomía siguió siendo significativo independientemente del sexo, la gravedad de la fragilidad, los antecedentes de osteoporosis o la terapia farmacológica previa para la osteoporosis, ya sea que un individuo cumpliera con otras recomendaciones quirúrgicas o tuviera un uso de corticoides orales a largo plazo.

Los valiosos hallazgos de Seib y sus colegas no estuvieron exentos de limitaciones.

En primer lugar, al igual que con otros análisis de datos retrospectivos, los autores asumieron que la codificación de los diagnósticos y procedimientos por parte de los médicos fue confiable.

Por ser un análisis de cohorte retrospectivo, la posibilidad de confundidores está siempre presente.

En segundo lugar, los autores clasificaron a los individuos con paratiroidectomía más allá del año después del diagnóstico como parte del grupo no operatorio en el análisis de intención de tratar.

Sin embargo, los propios autores explican que un análisis con un grupo control por intención de tratar probablemente revelaría un beneficio aún mayor para la cirugía.

En tercer lugar, no es posible determinar qué proporción de individuos se les ofreció cirugía pero la rechazaron.

Estos hallazgos de Seib y sus colegas se suman a la creciente necesidad de reexaminar las recomendaciones de consenso del Instituto Nacional de Salud de 2014 para aquellos pacientes en quienes la paratiroidectomía debe considerarse por adelantado.

De hecho, las pautas de 2016 de la Asociación Americana de Cirujanos Endócrinos sugieren que la paratiroidectomía se considere para la mayoría de los pacientes asintomáticos.

Las decisiones para realizar una cirugía aún deben basarse en la toma de decisiones compartida entre el paciente y el médico y considerar las posibles complicaciones, incluida la hipocalcemia postoperatoria, el hematoma cervical y la lesión del nervio laríngeo recurrente. Aún así, el advenimiento de las técnicas mínimamente invasivas han reducido las tasas de estas complicaciones, y se han reportado tasas de curación del 95% al 99%.

Referencias:

(1) [10.1210/jc.2014-1413](https://doi.org/10.1210/jc.2014-1413)

(2) <https://bit.ly/3EjyntB>

Trombosis de la vena central de la retina.

Publicado el 15/10/21

La oclusión de la vena retiniana (OVR) es la segunda enfermedad vascular retiniana más común y es una pérdida común de la visión en pacientes mayores.

La oclusión de la vena central de la retina es una de las principales causas de pérdida de visión repentina e indolora en adultos.

Se ha encontrado que la prevalencia de oclusiones de la vena retiniana en el mundo desarrollado es de 5,20 por 1000, y la prevalencia de la oclusión de la vena central de la retina es de 0,8 por 1000.

Hay dos tipos de OVR: oclusión de una rama de la vena retiniana y oclusión de la vena central de la retina (OVCR).

La oclusión de la vena central de la retina es una oclusión de la vena principal de la retina posterior a la lámina cribosa del nervio óptico y generalmente es causada por trombosis.

La oclusión de la vena central de la retina se divide en dos categorías:

No isquémica (perfundida) e Isquémica (no perfundida).

La OVCR no isquémica es la más común y representa alrededor del 70% de los casos.

La oclusión de una rama de la vena retiniana es un bloqueo de uno de los afluentes de la vena central de la retina.

Las características de la oclusión de la vena central de la retina **no isquémica** incluyen buena agudeza visual, defecto pupilar leve o nulo y cambios visuales leves.

La oclusión de la vena central retiniana no isquémica también puede denominarse retinopatía por estasis parcial, perfundida o venosa.

La OVCR isquémica puede ser primaria o por progresión de una oclusión de una de las ramas no isquémica (menos común).

Casi en la mitad de los casos se resuelve sin tratamiento o intervención.

La oclusión isquémica de la vena central de la retina tiene un pronóstico visual mucho más bajo y representa alrededor del 30% de los casos.

Alrededor del 90% de los pacientes con agudeza visual inferior a 20/200 tienen oclusión isquémica de la vena central de la retina.

La oclusión isquémica de la vena central de la retina conlleva un peor pronóstico y se define por tener al menos 10 áreas de no perfusión capilar retiniana.

Otros nombres para la oclusión isquémica de la vena central de la retina incluyen retinopatía hemorrágica, no perfundida o completa.

Factores de riesgo

El factor de riesgo principal para el desarrollo de la oclusión de la vena central de la retina es la edad, con un 90% de los pacientes mayores de 50 años.

Hipertensión arterial sistémica

Glaucoma de ángulo abierto

DBT

Dislipidemia.

Cualquier causa de flujo venoso reducido, daño a la vasculatura venosa o estados de hipercoagulabilidad coloca al paciente en un mayor riesgo de oclusión de la vena central de la retina.

Los factores de riesgo vasculopático pueden causar compresión de la vena central de la retina por la arteria central de la retina.

El aumento de la presión intraocular en el glaucoma puede comprometer el flujo de salida de la vena retiniana y produce estasis.

Sin embargo, la etiología exacta puede ser difícil de alcanzar en algunos casos.

Los pacientes con OVCR a menudo describen la visión borrosa o distorsionada en un ojo que comenzó repentinamente.

Esta pérdida de visión será indolora.

Los signos neurológicos como parestesias, disminución de los movimientos extraoculares, debilidad muscular, dificultad para hablar, ptosis y aumento de los reflejos tendinosos profundos sugieren un diagnóstico distinto de la oclusión de la vena central de la retina.

No se dispone de un tratamiento médico totalmente eficaz para la prevención o el tratamiento de la oclusión de la vena central de la retina.

Pronóstico

La oclusión de la vena central de la retina tiene un mejor pronóstico en pacientes más jóvenes.

Un tercio de los pacientes mayores mejora sin tratamiento, un tercio permanece igual y un tercio empeora.

Si la oclusión de la vena central de la retina no se vuelve isquémica, el retorno a la línea de base o la visión cercana a la línea de base ocurre en aproximadamente el 50% de los pacientes.

El edema macular crónico es la principal causa de mala visión. En la mayoría de los casos, el pronóstico se correlaciona con la agudeza visual inicial.

Si la agudeza visual es 20/60 o mejor, es probable que la agudeza visual siga siendo la misma.

Si el paciente tiene una visión de 20 / 80-20 / 200, el curso clínico varía. La agudeza visual puede mejorar, permanecer igual o empeorar.

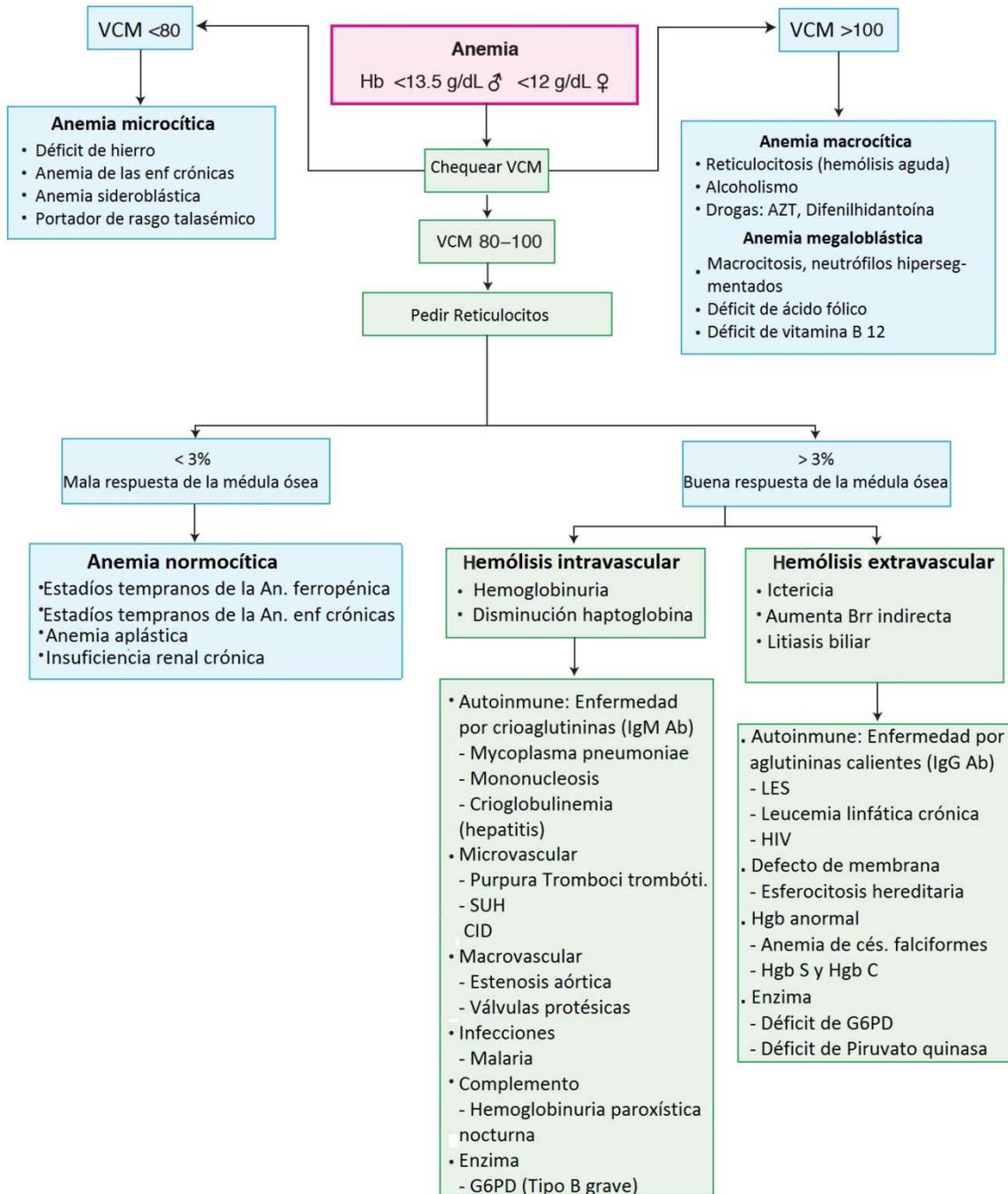
Cuando la agudeza visual es peor que 20/200, es poco probable que mejore.

Referencia:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525985/>

Anemia. ¿Qué pedir?

Publicado el 24/07/21



Source : USMLE Step 2 CK Lecture Notes 2018 Internal Medicine

La medicina del comportamiento.

Publicado el 06/05/21

El aumento de las enfermedades no transmisibles, muchas de las cuales comparten factores de riesgo comunes como el tabaquismo, el alcohol, la mala alimentación y la inactividad física, esto abrió la puerta en algunos lugares a desarrollar y expandir la "medicina de modificaciones del estilo de vida", para dar una respuesta de "esperanza a quienes padecen enfermedades crónicas" (<https://bslm.org.uk/>).

Se ha argumentado que la medicina de modificaciones del estilo de vida debería reconocerse como una nueva especialidad médica, con la atención primaria a la cabeza.

Existen numerosos factores que impulsan esto.

- Es mejor prevenir que curar.
- El paciente es un socio activo, no un receptor pasivo.
- Intenta tratar la raíz del problema: comportamientos, que la medicina a menudo pasa por alto.
- Los factores de riesgo del estilo de vida son la causa principal de las enfermedades no transmisibles y, por lo tanto, deben abordarse.
- Es mejor tratar con cambios en el estilo de vida que usar medicamentos potencialmente innecesarios con riesgo de efectos secundarios.
- La medicina del estilo de vida es rentable en comparación con la medicina convencional.
- Debido al debilitamiento de la salud pública debido a la falta de fondos dentro del gobierno local, se necesitan enfoques individuales.
- Se ha percibido que Public Health England no es lo suficientemente independiente del Gobierno o la industria británica.

¿QUÉ ES "LIFESTYLE MEDICINE"?

Las guías de práctica médica a menudo aconsejan sobre "factores de estilo de vida".

Suelen adoptar la forma de comportamientos individuales que repercuten en la salud, enmarcados como modificables, a menudo relacionados con el tabaquismo, la ingesta de alcohol, la actividad física, la dieta y, en menor grado, la calidad del sueño, el estrés y los factores sociales.

Sin embargo, la traducción de dichas guías en beneficios alcanzables en el mundo real fuera de los ensayos clínicos es un desafío.

La Sociedad Británica de Medicina del Estilo de Vida (BSLM) describe la medicina del estilo de vida como "un enfoque establecido que se centra en mejorar la salud y el bienestar de las personas y las poblaciones ... Requiere una comprensión y reconocimiento de los determinantes físicos, emocionales, ambientales y sociales de la enfermedad". (<https://bslm.org.uk/>).

La membresía de la sociedad está abierta a profesionales de la salud registrados, que pueden obtener un diploma, y la membresía asociada está disponible para otros, como reflexólogos, homeópatas, herbolarios y naturópatas.

Algunos han pedido una mayor inclusión de la educación en medicina del estilo de vida en la formación profesional, incluidos los planes de estudios médicos, basándose en la evidencia de que se carece de conocimiento sobre las intervenciones de la medicina del estilo de vida.

En los Estados Unidos, la certificación de la junta en medicina del estilo de vida implica la capacidad de emitir “recetas de estilo de vida” con la definición “la práctica sistemática de ayudar a las personas y las familias a adoptar y mantener comportamientos que pueden mejorar la salud y la calidad de vida”.

La BSLM, la Asociación Británica de Medicina de la Nutrición y el Estilo de Vida (BANT) y la Prescripción de Medicina del Estilo de Vida (dirigida por Clinical Education) ofrecen formación actual en el Reino Unido en medicina del estilo de vida dirigida a médicos de cabecera.

La membresía completa de BANT para terapeutas del Reino Unido en ejercicio está disponible solo para los inscritos en el Complementary and Natural Healthcare Council, que incluye hidroterapeutas de colon, naturópatas y reflexólogos.

Caballo troyano y conflicto de intereses

Un tema clave con el aumento de la prominencia de la medicina del estilo de vida, como se define ampliamente, es su uso como un “caballo de Troya” para llevar a cabo prácticas sin evidencia o con poca evidencia bajo los auspicios de 'evidencia basada en evidencia'.

Tenemos dos preocupaciones principales aquí: primero, la oportunidad que aprovechan algunos para vincular las prácticas de la medicina alternativa con la medicina del estilo de vida, y, segundo, la asociación de algunos “practicantes de la medicina del estilo de vida” con oportunidades comerciales.

Por ejemplo, no se necesita mucha búsqueda en línea para encontrar múltiples médicos calificados que se describen a sí mismos y que publicitan la medicina del estilo de vida en el sector privado, cuyas clínicas ofrecen pruebas de inmunoglobulina G (IgG) desacreditadas para la intolerancia a los alimentos, remedios a base de hierbas, inyecciones de muérdago, infusiones de vitaminas intravenosas, THS bioidéntica (desaconsejada por la Sociedad Británica de Menopausia) y exámenes médicos privados no recomendados por el Comité Nacional de Detección del Reino Unido.

Los conflictos pueden incluir la propiedad o la venta de compañías de suplementos o vitaminas, o suscripciones a boletines, libros o asesoramiento en línea sobre el estilo de vida.

Otros han escrito extensamente sobre el “caballo de Troya” de la “medicina integrativa” (también denominada 'medicina funcional'), que afirma que, al integrar la medicina complementaria y alternativa (MCA) con medicina convencional, los pacientes reciben una perspectiva 'holística' completa.

La medicina integrativa a menudo apela a la naturaleza (“tratamientos naturales”), la antigüedad (“sabiduría antigua”), la autoridad (“universidades de renombre imparten cursos”) y la popularidad (“la demanda es alta”).

El amplio paraguas de la MCA significa la inclusión de intervenciones con pruebas deficientes que incluyen suplementos, acupuntura, homeopatía, reiki y reflexología.

También incluyen pruebas fisiológicas en gran parte no probadas (por ejemplo, termografía, escáneres de salud bioenergética, paneles de alimentos IgG) para identificar las “causas fundamentales” de los síntomas (enmarcados como “biología de sistemas”), cada uno con un costo financiero para el paciente (<https://lifestyleprescriptions.org/>).

Bajo este ecosistema, la adopción acrítica de la medicina del estilo de vida puede resultar en la inclusión de prácticas de 'medicina integradora' no basadas en evidencia, proporcionando así un caballo de Troya dentro del cual la pseudociencia puede florecer.

La revelación de conflictos no es suficiente: de hecho, esto puede verse como una "licencia moral" donde la transparencia se equipara con la confiabilidad, independientemente del contenido.

A pesar del amplio alcance del significado de la palabra 'holístico' y la variación en la práctica individual, la evidencia de la revisión sistemática indica que los médicos de cabecera tienen una sólida comprensión de la atención integral de la persona, el valor terapéutico de una relación duradera entre el paciente y el médico de cabecera y una atención atenta. Un enfoque colaborativo, solidario.

Sin embargo, los sistemas de salud pueden no respaldar, o incluso ser hostiles a estos valores.

Es comprensible que los sistemas que ofrecen más tiempo con un practicante continuo sean populares, pero esto puede verse compensado por una oferta variable de práctica basada en evidencia.

La “medicina del estilo de vida” necesita un consenso claro sobre lo que constituye una práctica basada en la evidencia, con estándares organizacionales y un compromiso de liderazgo para eliminar la mala ciencia y los conflictos financieros e ideológicos.

El movimiento hacia esto es bienvenido.

'OPCIONES' DE ESTILO DE VIDA Y DESIGUALDADES DE SALUD

El concepto de "elecciones" y "cambios" individuales, y el "control" indirecto, desempeña un papel central en muchas definiciones de trabajo de la medicina del estilo de vida. Nos preocupa el potencial de ampliar las desigualdades en salud cuando se conceptualiza y se aplica de esta manera.

Los comportamientos no saludables potencialmente modificables no se distribuyen de manera uniforme entre las poblaciones.

A menudo coexisten dentro de los individuos y las comunidades, junto con múltiples problemas de salud (multimorbilidad) y sociales, y están más concentrados en áreas de privación socioeconómica.

La agrupación de establecimientos de comida rápida, tabaco y alcohol en áreas desfavorecidas destaca la influencia del contexto ambiental en los comportamientos relacionados con la salud.

Si bien la definición de BSLM de medicina del estilo de vida reconoce los 'determinantes ambientales y sociales de la enfermedad', es poco probable que el crecimiento de los servicios privados genere beneficios para las personas con mayor riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.

Aquellos que más necesitan apoyo con el cambio de comportamiento de salud tienen menos probabilidades de recibirlo.

Más bien, el enfoque está, y ha estado históricamente, en las intervenciones posteriores basadas en el individuo.

Existe evidencia emergente de que tales enfoques aumentan las desigualdades en salud y la continuación de esto como el enfoque dominante en las políticas desvía la atención de la necesidad de intervenciones ambientales o estructurales (salud pública) más amplias.

Es poco probable que los esfuerzos para cambiar los comportamientos relacionados con la salud entre los miembros más desfavorecidos de la sociedad tengan éxito a menos que estén respaldadas por medidas diseñadas para mejorar las circunstancias materiales y los impulsores de esos comportamientos dentro de las comunidades.

Las intervenciones a nivel individual tienen más probabilidades de tener éxito cuando se integran con intervenciones de salud pública, que se centran en las poblaciones, ya sea dentro de las comunidades o con políticas de nivel superior (regional / nacional).

La salud pública tiene como objetivo subvertir la 'paradoja del asistente saludable' y evitar la necesidad de orientación o acción por parte de los profesionales de la salud.

Tomando el alcohol como ejemplo, las intervenciones individuales pueden tener un papel, pero solo las intervenciones de población pueden llegar a todos.

Una revisión Cochrane de 2018 encontró evidencia moderada de que una intervención breve con el alcohol podría reducir el consumo de alcohol en alrededor de una pinta de cerveza o un tercio de una botella de vino por semana, aunque con poco impacto en los atracones por semana o los días sin alcohol.

La introducción de precios unitarios mínimos para el alcohol en Escocia parece haber tenido un efecto mayor en los mayores consumidores de alcohol.

De manera similar, un consejo breve para dejar de fumar puede aumentar las tasas de abandono entre un 1 y un 3%, pero la reducción del consumo de cigarrillos en la población y la disminución del consumo entre los jóvenes se debe probablemente a intervenciones legales para limitar el tabaquismo y la publicidad.

Es fundamental saber si el éxito en los ensayos se puede reproducir en la práctica del mundo real.

Por ejemplo, una afirmación popular es que las "intervenciones breves de asesoramiento sobre actividad física" en la atención primaria tienen un número necesario a tratar de 12 para aumentar la actividad física autoinformada.

Esto ha llevado a esfuerzos para investigar y aumentar el conocimiento profesional de las pautas de actividad física.

Sin embargo, los "consejos breves" en los ensayos consistieron en frecuentes llamadas telefónicas y presenciales de profesionales de diferentes disciplinas, membresía subvencionada a un gimnasio, asistencia postal e informes personalizados.

Cuando lo llevas a la vida real el efecto de beneficio cae.

Un problema central con estos ensayos es la dilución de cualquier efecto sobre los pacientes que eligieron no participar en el ensayo al principio.

La misma intervención efectiva en quienes no aceptaron entrar al ECA cae en porcentajes.

Las intervenciones de pérdida de peso descritas como exitosas tienen aceptación en menos de un tercio de los pacientes en riesgo y requieren un apoyo sistemático.

Incluso las intervenciones basadas en evidencia pueden no ser efectivas en la comunidad del mundo real de mayor riesgo.

Artículo reproducido de:

<https://bjgp.org/content/71/706/229>

No pidas dosaje de vitamina D.

Publicado el 21/04/21

Recientemente la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) manifestó que la evidencia sigue siendo insuficiente para respaldar el dosaje rutinario de vitamina D en adultos asintomáticos. Al igual que en el 2014, la falta de evidencia directa impide la evaluación de los beneficios y los daños de la detección rutinaria.

Además, la detección del déficit de vitamina D en sí misma plantea ya varios desafíos.

Primero porque varios factores están asociados con niveles más bajos de vitamina D. Entre ellos, la baja ingesta en la dieta, la poca o nula exposición a los rayos UV (por temporada de invierno, alta latitud o evitación del sol) o la edad avanzada.

Las personas con obesidad tienen una probabilidad entre 1.3 a 2 veces mayor de tener deficiencia de vitamina D, dependiendo del umbral utilizado para definir la deficiencia. El mecanismo exacto de este hallazgo no se comprende completamente.

También dependiendo del umbral sérico utilizado, la prevalencia de la hipovitaminosis D es de 2 a 10 veces mayor en las personas afroamericanas no hispanas que en las blancas no hispanas, probablemente relacionado con las diferencias en la pigmentación de la piel.

Otro aspecto importante es que existe una proporción significativa de la variabilidad en los niveles de vitamina D que no se explica por los factores de riesgo señalados anteriormente. Éstos parecen representar solo el 20% al 30% de la variación en los niveles de vitamina D.

Por último, es interesante recordar que estas estimaciones de prevalencia se basan en los niveles totales de vitamina D. Sin embargo, persiste la controversia sobre si esta es la mejor forma de medir “el estado” de la vitamina D en los diferentes grupos raciales y étnicos. En esta línea, se cree posible que la vitamina D, que es la principal forma circulante de esta vitamina, no sea la indicada para valorar la deficiencia y que los requisitos de vitamina D pueden variar según el sexo y la etnia.

Entonces... **rastreo de déficit de vitamina D en adultos asintomáticos -----> Recomendación I**

Referencia:

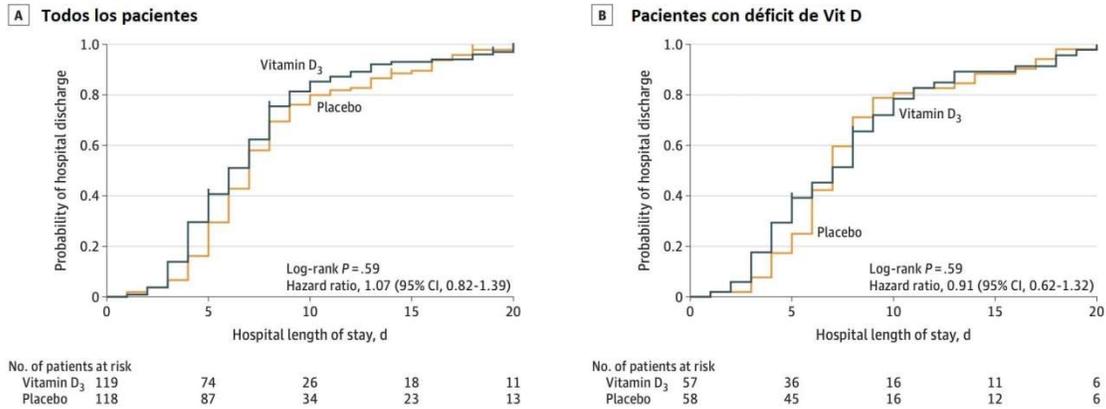
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2778487>

Administrar una alta dosis de vitamina D. Ensayo clínico sobre administrar una dosis única.

Publicado el 20/02/21

No modificó el alta, la mortalidad ni los ingresos a terapia intensiva.

¿Cuál es el efecto de dar altas dosis de Vitamina D en pacientes con moderada a severa infección de COVID-19 en cuanto al alta?



Vertical bars represent single censored events. A. The median (interquartile range) observation time was not significantly different between the vitamin D₃ group (7.0 [4.0-10.0] d) and the placebo group (7.0 [5.0-13.0] d). B. Among the patients with

25-hydroxyvitamin D deficiency, there was no significant difference observed in the median (interquartile range) observation time between the vitamin D₃ group (8.0 [4.0-11.5] d) and the placebo group (7.0 [6.0-13.3] d).

Referencia:

<https://acortar.link/Z0Azx>

Levotiroxina para síntomas depresivos en pacientes con hipotiroidismo subclínico.

Publicado el 11/04/21



ECA: Efecto de la levotiroxina sobre los síntomas depresivos en adultos mayores con hipotiroidismo subclínico.



Wildisen L, Feller M, Del Giovane C, et al. Effect of levothyroxine therapy on the development of depressive symptoms in older adults with subclinical hypothyroidism: an ancillary study of a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open.* 2021;4(2):e2036645. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.36645

© AMA

¡Estoy harto del Zoom!

Publicado el 07/03/21

Muchas personas que en medio de la pandemia trabajan desde sus casas, se sienten agotadas por las videollamadas. En relación con esto, hace poco se publicó un estudio (1) que sugiere las posibles razones de este desgaste mental.

Se utilizó un cuestionario

(https://stanforduniversity.qualtrics.com/jfe/form/SV_5gvjSXyEOPws1Dg) que las personas expuestas al Zoom completaron libremente.

Se descubrió que el contacto visual de cerca, la tendencia a mirarnos a la cara, la falta de movimiento durante las conversaciones y el esfuerzo mental requerido aumentan la agobiante sensación que ahora se conoce como "fatiga por zoom".

El autor del estudio sugirió algunos antídotos fáciles:

- Apagar la función de vista propia
- Minimizar la pantalla de la videollamada
- Tomar descansos

Referencias:

(1) <https://tmb.apaopen.org/pub/nonverbal-overload/release/1>