

RESUMED

Contenido

Vol. 10 No. 2, abril-junio de 1997

Editorial

Cómo redactar un editorial 51

Jehová Oramas Díaz

Resúmenes de artículos científicos

Índice de materias 53

Resúmenes 58

Revisiones

Infección por *Chlamydia trachomatis* 89

Guillermo Díaz Alonso y Miguel Angel Rodríguez Rodríguez

Revistas procesadas en este número

Am Fam Physician (*American Family Physician*), Kansas City, EE.UU.

Am J Epidemiol (*American Journal of Epidemiology*), Baltimore, EE.UU.

Geriatrics (*Geriatrics*), Cleveland, EE.UU.

JAMA (*Journal of the American Medical Association*), Chicago, EE.UU. Lancet (*The Lancet*), Londres, Inglaterra.

MJA (*Medical Journal of Australia*), Sidney, Australia.

N Engl J Med (*New England Journal of Medicine*), Boston, EE.UU.

Pediatrics (*Pediatrics*), Elk Grove Village, Il., EE.UU.

Toko-Gin Práct (*Toko-Ginecología Práctica*), Barcelona, España.

Servidor electrónico

Base de datos sobre medicina tradicional y natural (METNA)

La base de datos METNA (Medicina tradicional y natural) se creó en 1996 en el Departamento de Procesamiento de la Documentación, del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (CNICM). Contiene referencias bibliográficas de artículos científicos, libros, tesis, traducciones, trabajos inéditos, manuales, videos y otras fuentes, tanto de la literatura nacional como de la extranjera localizada en algunas de las unidades de información del país, sobre homeopatía, acupuntura, laserpuntura, magnetismo, plantas medicinales, termalismo, ejercicios yoga, hipnosis, masaje, aromaterapia, técnicas manuales, ayurvédica y otras disciplinas comprendidas en la medicina oriental, asiática y en la medicina alternativa en general.

Las referencias incorporadas a METNA han sido indizadas por el sistema de descriptores DeCS, y se empleó la metodología LILACS para la descripción bibliográfica de las citas. El software utilizado ha sido el MICROISIS, versión de la UNESCO para la creación de bases de datos. La traducción de los resúmenes al español ha estado a cargo del Departamento de Traducciones del CNICM.

Ésta es una base de datos cooperativa en la que participan todos los centros del país que trabajan la medicina tradicional y natural. Se acepta gustosamente la colaboración de todas aquellas personas o instituciones que posean algún documento que consideren de utilidad para ser incluido en esta nueva base de datos, la cual será actualizada mensualmente.

METNA está a la disposición de todos los interesados en estas disciplinas a través de la red INFOMED. Le invitamos a consultarla, así como a que nos envíe sus opiniones y sugerencias.

Editorial

Cómo redactar un editorial

Parafraseando al célebre y frecuentemente citado Robert A. Day, cuya obra titulada Cómo escribir y publicar trabajos científicos,¹ además de ser una valiosa fuente de consulta, constituye un documento de permanente y obligada revisión por la integridad de su contenido, se trata en esta ocasión de exponer algunas consideraciones en relación con una de las secciones que adquiere cada vez más importancia dentro de la estructura de una revista científica: la dedicada a los editoriales. De tal manera, se pretende agregar otro elemento que complementa una serie de contribuciones publicadas últimamente en RESUMED, con el objetivo de destacar y promover sus secciones.²⁻⁴

Si bien el tema en cuestión no aparece registrado en el referido libro de Day, cualquier revisión de las principales revistas internacionales en el campo de la biomedicina permite apreciar que los editoriales -considerados artículos de fondo de una publicación- tienden actualmente a divulgar políticas de la revista en que aparecen,⁵ diseminar avances recientes sobre un aspecto dado, llamar la atención en relación con la lectura de una contribución determinada, o plantear un problema polémico, cuestiones éstas que ya se han reflejado por otros autores.⁶

Además de estas características, los editoriales continúan reservando un espacio para promover eventos o servir de obituarios.

Con independencia de estos rasgos de contenido, se destacan dos aspectos de carácter formal: los editoriales firmados por quienes los redactan y la acotación de referencias dentro de su texto.

El autor de un trabajo de este tipo debe firmarlo, siempre que en el mismo se expresen juicios, criterios o inclinaciones particulares o se haga alusión a un tema que puede acarrear alguna discusión. Si bien en revistas prestigiosas, como The Lancet, pueden aparecer eventualmente editoriales sin firma, lo cierto es que hoy día no son ya tan abundantes los que se escriben sin que en ellos figure el nombre de su autor. Por otra parte, las más importantes publicaciones dedicadas a las ciencias de la salud incluyen a veces más de un editorial en un mismo número, y en todos los casos se hace uso de las referencias bibliográficas, estrechamente ligadas a los contenidos.

Teniendo en cuenta esta tendencia actual, es justo pues abogar por que se escriban y publiquen editoriales que cumplan el objetivo primario de transmitir la

información científica que requieren los lectores, se apoyen en trabajos publicados y acotados en el texto, y aparezcan con mención de responsabilidad, o sea, firmados por sus autores.

Referencias bibliográficas

1. Day RA. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Washington: OPS, 1990. (Publicación Científica; 526)
2. Cué Brugueras M, Díaz Alonso G, Díaz Martínez AG, Valdés Abreu MC. El artículo de revisión. RESUMED 1996;9(2):86-96.
3. López Espinosa JA. El objetivo primario de RESUMED [editorial]. RESUMED 1996;9(3):98-9.
4. Cañedo Andalia R. Algunas consideraciones necesarias acerca de la calidad científica de los artículos de revisión [editorial]. RESUMED 1997;10(1):2-4.
5. Atender, escuchar, agradecer, analizar y trabajar para mejorar y avanzar [editorial]. RESUMED 1996;9(2):50.
6. Velázquez-Jones L. Tipos de publicaciones en las revistas médicas. Bol Med Hosp Infant Mex 1985;42(2):85-7.

Dr. Jehová Oramas Díaz

Resúmenes de artículos científicos

ÍNDICE DE MATERIAS

- ABUSO DE MARIHUANA**/complicaciones 36
- ACCIDENTES**
1
- ACCIDENTES POR CAÍDAS**
37
- ACCIDENTES POR CAÍDAS**/prevención 48
- ÁCIDO GLUTÁMICO**/uso terapéutico
6
- ADMINISTRACIÓN TÓPICA**
11
- AGENTES ANTIFÚNGICOS**/administración 11
- ALANINA**/uso terapéutico
6
- ALCOHOLISMO**/complicaciones
13,36
- ALCOHOLISMO**/epidemiología
13
- ANCIANO**
31, 35
- ANOREXIA NERVIOSA**
22
- ANTAGONISTAS TIROIDEOS**/uso terapéutico 20
- APTITUD FÍSICA**
52
- APTITUD FÍSICA**/fisiología
9
- ARTRITIS REUMATOIDE**/genética
28
- ASISTENCIA A LOS ANCIANOS**
5
- ASMA**
21
- ASMA**/ epidemiología
49
- ASMA**/etnología
49
- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**
8
- AUSTRALIA**/epidemiología
49
- BOCA**/lesiones
1
- BRONQUITIS**/complicaciones
26
- CALCIO EN LA DIETA**/análisis
12
- CALCITONINA**/uso terapéutico
4
- CAPACIDAD VITAL**
19
- CAUSA DE MUERTE**
30
- CESE DEL TABAQUISMO**/métodos
5, 42
- CICLISMO**/lesiones
1
- COARTACIÓN AÓRTICA**/diagnóstico
25
- COCAÍNA**/efectos adversos
36
- COLESTEROL**/análisis
39
- COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DEL EMBARAZO** 7
- CONDUCTA INFANTIL**
36
- CONDUCTA SEXUAL**/efectos de drogas
13
- CONSTIPACIÓN**/epidemiología
29
- CONSTIPACIÓN**/fisiopatología
29

**CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓ-
LICAS/epidemiología** 12, 51

CORONARIOPATÍA/complicaciones
26, 44

CORONARIOPATÍA/epidemiología
17, 44

CRECIMIENTO
44

CUELLO UTERINO
24

CUIDADOS CRÍTICOS
18

**DEFECTOS DEL TUBO NEURA/diag-
nóstico** 50

**DEFECTOS DEL TUBO NEURAL/epi-
demiología** 50

DENSIDAD ÓSEA
37

**DEPENDENCIA A SUSTANCIAS/com-
plicaciones** 36

**DEPENDENCIA A SUSTANCIAS/epi-
demiología** 51

DEPRESIÓN/diagnóstico
38

DEPRESIÓN/quimioterapia
38

DESARROLLO FETAL
44

**DIABETES MELLITUS NO INSULINO-
DEPENDIENTE/terapia**
35

DIAGNÓSTICO PRENATAL
50

DIETA
12

EJERCICIO
52

EJERCICIO/fisiología
9

EMBARAZO
10 27

EMBARAZO PROLONGADO
15, 33

ENFERMEDAD CRÓNICA
26 , 45

**ENFERMEDADES CARDIO-
VASCULARES/mortalidad**
30

**ENFERMEDADES REUMÁTICAS/
diagnóstico** 41

ESCLEROSIS MÚLTIPLE/diagnóstico
6

**ESCLEROSIS MÚLTIPLE/fisiopato-
logía** 6

**ESCLEROSIS MÚLTIPLE/quimio-
terapia** 6

ESCLEROSIS MÚLTIPLE/terapia
6

ESPAÑA/epidemiología
32

ESTADOS UNIDOS/epidemiología
39

ESTRÉS
2

ESTUDIANTES
51

ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES
53

ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO
12

ESTUDIOS LONGITUDINALES
46

ESTUDIOS PROSPECTIVOS
23

FACTORES DE EDAD
28

FACTORES DE RIESGO
13 , 23, 24, 27, 28, 30, 34, 37, 40,
44

FACTORES SOCIOECONÓMICOS
30

FARMACOEPIDEMIOLOGÍA
8

FERTILIZACIÓN IN VITRO
47

FRACTURAS DE CADERA/etiología
37

FRACTURAS DEL HÚMERO/etiología
37

- FRACTURAS/etiología**
37
- FROTIS VAGINAL**
31
- HEMORRAGIA CEREBRAL**
27
- HERIDAS Y LESIONES/diagnóstico**
16
- HERIDAS Y LESIONES/prevención**
48
- HIPERCOLESTEROLEMIA/diagnóstico**
39
- HIPERCOLESTEROLEMIA/epidemiología**
39
- HIPERCOLESTEROLEMIA/etnología**
39
- HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA/epidemiología**
49
- HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA/etnología**
49
- HIPERTENSIÓN/epidemiología**
12
- HUESO Y HUESOS**
37
- INDIA**
44
- INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD**
15
- ÍNDICE DE MASA CORPORAL**
10
- INFARTO CEREBRAL**
27
- INFARTO DEL MIOCARDIO/etiología**
43
- INFARTO DEL MIOCARDIO/mortalidad**
30
- INFARTO DEL MIOCARDIO/quimioterapia**
18
- INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO/ complicaciones**
26
- INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO/epidemiología**
26
- INFECCIONES URINARIAS/epidemiología**
23
- INHIBIDORES DE CAPTACIÓN DE SEROTONIN/uso terapéutico**
38
- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA/dietoterapia**
45
- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA/prevención**
45
- INTERFERÓN BETA/uso terapéutica**
6
- LEUCOCITOS**
46
- LÍPIDOS/análisis**
9
- LIPOPROTEÍNAS LDL/análisis**
17 , 43
- LIPOPROTEÍNAS/análisis**
| 9
- LISINA/uso terapéutico**
6
- MARCADORES BIOLÓGICOS**
3
- MEDICINA FAMILIAR**
21
- MENOPAUSIA/psicología**
2
- METILPREDNISOLONA/uso terapéutico**
6
- MODELOS PSICOLÓGICOS**
2
- MORTALIDAD MATERNA**
15
- MORTALIDAD PERINATAL**
15
- NEOPLASMAS DE LA MAMA/epidemiología**
32
- NEOPLASMAS DE LA MAMA/etiología**
34
- NEOPLASMAS DE LA MAMA/patología**
32
- NEOPLASMAS DE LA PROSTATA/epidemiología**
53
- NEOPLASMAS DEL COLON/epidemiología**
52
- NEOPLASMAS DEL COLON/etiología**
52

NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO/ diagnóstico 31
NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO/epidemiología 31
NEOPLASMAS PULMONARES/epidemiología 40
NEOPLASMAS PULMONARES/genética 40
NICOTINA 42
NUTRICIÓN 4
OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS
AÉREAS/fisiopatología 19
OCUPACIONES 52
OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA/diagnóstico 3
OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA/prevención 3
OSTEOPOROSIS/complicaciones 37
OSTEOPOROSIS/diagnóstico 3 4
OSTEOPOROSIS/prevención 3
OSTEOPOROSIS/quimioterapia 4
OSTEOPOROSIS/terapia 4

PESO AL NACER/fisiología 34
PESO POR ESTATURA 10, 44
POLÍMEROS/uso terapéutico 6
PREECLAMPSIA/complicaciones 7
PREMATURO 24
PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS/ normas 8
PRESIÓN SANGUÍNEA/efectos de drogas 12
PRESIÓN SANGUÍNEA/fisiología 9

PRONÓSTICO 7
PULMÓN/fisiopatología 19

REABSORCIÓN ÓSEA 3
RECIÉN NACIDO 36
RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO 7
RECUENTO DE LEUCOCITOS 46
RIESGO 26, 28, 43, 50
RIÑÓN 45

SEXO 28

TABAQUISMO 46
TABAQUISMO/efectos adversos 1, 9, 36
TABAQUISMO/terapia 42
TAMIZAJE MASIVO 39
TERAPIA POR EJERCICIO 4
TESTS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA 19, 21
TESTS DEL PARCHE/métodos 42
TIROSINA/uso terapéutico 6
TIROTOXICOSIS/cirugía 20
TIROTOXICOSIS/diagnóstico 20
TIROTOXICOSIS/quimioterapia 20

TIROTOXICOSIS/terapia
20

TRABAJO DE PARTO PREMATURO
24

TRACTO URINARIO
23

TRASTORNOS CEREBROVASCULARES/compli caciones 27

TRAUMATISMOSMAXILOFACIALES/etiología 1

TRIGLICÉRIDOS/análisis
43

ÚLCERA POR DECÚBITO/prevención
14

ÚLCERA POR DECÚBITO/terapia
14

URGENCIAS
16

ÚTERO/efectos de drogas
36

ÚTERO/fisiopatología
36

VASECTOMÍA/efectos adversos
53

VOLUMEN EXPIRATORIO FORZADO
19

YODO/uso terapéutico
20

RESÚMENES

- 1** Acton CHC, Nixon JW, Clark RC. Bicycle riding and oral/maxillofacial trauma in young children. (Niños ciclistas y traumatismo bucomaxilofacial.) MJA 1996;165(5):249-51.
-

Se investiga la frecuencia de lesiones buco-maxilofaciales en niños que han sufrido accidentes en bicicletas y su relación con el uso del casco protector. Este estudio forma parte de uno, de carácter prospectivo, más amplio y detallado, en el cual se distribuyeron cuestionarios que fueron respondidos por cada niño lesionado en accidentes ciclísticos y por sus padres o tutores, en dos hospitales pediátricos de atención terciaria (entre el 1° de abril de 1991 y el 30 de junio de 1992) y en tres hospitales generales (entre el 1° de agosto de 1991 y el 30 de junio de 1992) en Brisbane [Australia]. Participaron en él 813 niños menores de 15 años que sufrieron accidentes y acudieron a las salas de urgencia con lesiones relacionadas en accidentes donde intervinieron bicicletas. Hubo 321 niños (39,5 %) con lesiones buco-maxilofaciales. De 1 355 lesiones, 340 (25,1 %) se produjeron en la región facial. De los 153 niños ingresados con lesiones ocasionadas por este tipo de accidentes, 94 (61,4 %) presentaron traumatismos buco-maxilofaciales como causa primaria del ingreso (incluyendo los que llegaron con un nivel reducido de la conciencia). De los 66 niños con niveles reducidos de la conciencia, 53 tuvieron lesiones faciales concomitantes. Las lesiones buco-maxilofaciales más comunes fueron las abrasiones faciales, cortadas y laceraciones (50,3 %), lesiones del tejido blando de la boca (30,9 %), y traumatismos dentoalveolares (9,7 %). Más de la mitad de estos niños usaban cascos protectores para bicicletas. De las 15 fracturas faciales (mandibulares, nasales y zigomático-orbitales), 10 las sufrieron niños con cascos protectores. Las lesiones buco-maxilofaciales son frecuentes entre los niños que conducen bicletas, incluso en aquellos que usan los cascos protectores para bicicletas aprobados por las normas australianas. Estos cascos requieren modificaciones de diseño (por ejemplo, protectores del mentón de poco peso) para proteger más la cara y la mandíbula.

- 2** Anarte Ortiz MT, Cuadros López JL. La menopausia: modelo del estrés (Menopause: a model of stress.) Toko-Gin Práct 1996;55(2):93-8.
-

El aumento de la esperanza de vida ha supuesto que más de 1/3 de la vida de la mujer transcurra sin función endocrina ovárica. En consecuencia, el interés por la menopausia se ha incrementado notablemente en los últimos años. Fruto de este interés resulta el presente trabajo, en el que se desarrolla un modelo explicativo de la menopausia, como proceso biopsicosocial, que engloba a diversos factores moduladores de esta etapa evolutiva de la

mujer que requiere de una adaptación personal. Así, se distingue entre factores personales, ambientales, de riesgo, de protección y cognitivos. El objetivo es la prevención de los trastornos asociados a la menopausia al potenciar factores protectores en las mujeres premenopáusicas y perimenopáusicas, a fin de evitar intervenciones en las posmenopáusicas, lo que, en definitiva, contribuye a aumentar la calidad de vida de la mujer en este período vital.

3

Arnaud CD. Osteoporosis: using “bone markers” for diagnosis and monitoring. (Utilización de “marcadores óseos” en el diagnóstico y control de la osteoporosis.) *Geriatrics* 1996;51(4):24-30.

Los huesos están continuamente reabsorbiéndose y formándose en el proceso de remodelación. La osteoporosis es el resultado de una insuficiencia ósea, desarrollada a tal punto que puede favorecer la ocurrencia de fracturas. Las alteraciones óseas más significativas pueden identificarse por la medición de los productos bioquímicos de reabsorción y formación. Los enlaces cruzados de colágeno y los péptidos asociados medidos en la orina son marcadores de la reabsorción ósea recientemente reconocidos. La fosfatasa alcalina específica del hueso y la osteocalcina son marcadores séricos en la formación ósea. La utilidad clínica de estas nuevas técnicas es doble: identifican a los adultos con alto riesgo de contraer osteoporosis, con lo que se pueden establecer las medidas preventivas y proporcionar medios sensibles y no invasivos para el control de la evolución clínica y del efecto terapéutico.

4

Bellantoni MF. Osteoporosis prevention and treatment. (Prevención y tratamiento de la osteoporosis.) *Am Fam Phys* 1996;54(3): 986-92.

La fragilidad ósea derivada de la osteoporosis produce un porcentaje significativo de riesgo de sufrir fracturas óseas en mujeres de edad avanzada y en otros grupos de pacientes. Entre los factores de riesgo de la osteoporosis se incluyen, entre otros, los estados hipogonadales (particularmente la menopausia), el hábito de fumar, la poca ingestión de calcio, la falta de ejercicios para el peso y mantener la figura, los antecedentes familiares y el consumo de algunos medicamentos. Las estrategias preventivas se basan en el logro y mantenimiento de la masa ósea óptima mediante una dieta adecuada, la práctica de ejercicios físicos, un tratamiento apropiado de sustitución de hormonas y la eliminación de influencias negativas, particularmente el hábito de fumar y el consumo de ciertos medicamentos. Las investigaciones de laboratorio son limitadas en relación con la detección y valoración de la osteoporosis, pero existen nuevas técnicas que pueden ayudar a los médicos a identificar a los pacientes con metabolismo óseo acelerado. Actualmente, el método más preciso de valoración radiológica de la osteoporosis es la absorciometría de doble energía por rayos X. Se están estudiando nuevos agentes para el tratamiento de la osteoporosis. Las terapéuticas de primera línea más recientes, incluyen el alendronato y la calcitonina. El tratamiento de elección debe ser casístico, y siempre combinarse con indicaciones acerca de la nutrición y la práctica de ejercicios, pues ello ayuda a optimizar la densidad ósea y a minimizar el riesgo de traumatismos.

5

Boyd NR. Smoking cessation: a four-step plan to help older patients quit. (Abandono del hábito de fumar: un plan de cuatro pasos para ayudar a lograrlo en pacientes de edad avanzada.) *Geriatrics* 1996;51(11):52-7.

Los fumadores de 50 años y más conforman un grupo vulnerable de personas con mayor posibilidad de contraer padecimientos que se pueden complicar producto del tabaquismo. Estos individuos pueden beneficiar notablemente su estado de salud si abandonan este hábito, aun cuando lo hayan mantenido durante muchos años y sean altamente adictos. Con los pacientes de edad avanzada que han realizado múltiples visitas a consultas cada año, los médicos pueden desempeñar un papel fundamental en la ayuda a los fumadores para conseguir dicho objetivo. Con el seguimiento de un plan de cuatro pasos –pregunta acerca del hábito de fumar, consejo para abandonar el hábito, ayuda al paciente en el establecimiento de una estrategia al efecto y la disposición de éste para el seguimientos–, los médicos pueden contribuir a mejorar significativamente la salud de los pacientes de edad avanzada que fuman.

6

Brod SA, Lindsey JW, Wolinsky JS. Multiple sclerosis: clinical presentation, diagnosis and treatment. (Esclerosis múltiple: presentación clínica, diagnóstico y tratamiento.) *Am Fam Phys* 1996;54(4):1301-11.

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica inflamatoria del sistema nervioso central y se asocia con períodos de incapacidad (recaída) que alternan con períodos de recuperación (remisión) y a menudo provoca una incapacidad neurológica progresiva. Los científicos consideran que la esclerosis múltiple podría ser una enfermedad autoinmune mediada por las células T. El tratamiento con la aplicación de pulsos de dosis elevadas de metilprednisolona, generalmente se asocia con un buen resultado a corto plazo. Un reciente estudio sugiere que el interferón beta-1b pudiera disminuir en el 30 % el número de recaídas en la esclerosis múltiple así como, el desarrollo de nuevas lesiones del sistema nervioso central. Recientemente, otro ensayo clínico con el interferón beta-1a mostró una reducción del 31 % en el índice de recaídas y una reducción significativa en el número promedio de lesiones activas. Un tercer experimento mostró que 20 mg de copolimer-1, un polímero aleatorio de ácido glutámico, lisina, alanina y tirosina redujo las recaídas en el 21 % sin efectos secundarios significativos. Aunque se requieren más investigaciones, estas novedades terapéuticas avisan un gran futuro para paliar este difícil problema clínico.

7

Brown MA, Buddle ML. Hypertension in pregnancy: maternal and fetal outcomes according to laboratory and clinical features. (Hipertensión en el embarazo: resultados maternos y fetales conforme a las características clínicas y de laboratorio.) *MJA* 1996;165(7):360-5.

Los autores se propusieron determinar el valor de pronóstico de los parámetros clínicos y

de laboratorio en las complicaciones maternas y fetales en embarazadas hipertensas. Con tal finalidad, efectuaron una recopilación de datos con carácter prospectivo. El estudio se llevó a cabo en dos hospitales de atención primaria en las afueras del sureste de Sydney, entre marzo de 1987 y julio de 1994. La muestra estuvo compuesta por 1 183 embarazadas hipertensas tratadas conjuntamente por un médico y un obstetra. Para ello se elaboró un protocolo de tratamiento uniforme, más la administración de medicamentos antihipertensivos, si la presión sistólica era persistentemente de 160 mmHg y/o la diastólica de 90 mmHg o ambas. Complicaciones maternas y fetales definidas por la Sociedad Australiana para el Estudio de la Hipertensión en el Establecimiento del Consenso de Embarazo. En 825 mujeres con preeclampsia (502 moderadas; 323 severas), el análisis de univarianza mostró que la hiperuricemia, la proteinuria y la hipertensión severa se asociaron significativamente con una elevada tasa de complicaciones maternofetales. Los análisis de multivarianza sin factores de confusión, arrojaron que sólo en las primíparas los niveles bajos de albúmina en suero y la ausencia de diabetes se asociaron significativamente con la preeclampsia severa. La preeclampsia severa, niveles elevados de hemoglobina y un recuento bajo de plaquetas, se asociaron con tasas más elevadas de nacimientos pretérmino, pero sólo los niveles bajos de albúmina en suero se asociaron con las tasas elevadas de mortalidad perinatal. El bajo peso al nacer se asoció con la hipertensión y preeclampsia severas. Los parámetros clínicos y de laboratorio simples son factores predictivos útiles en los resultados maternos y fetales en los embarazos complicados por la hipertensión.

8

Carlson JE. Perils of polypharmacy: 10 steps to prudent prescribing. (Riesgos de la polifarmacia: 10 pasos para una prescripción prudente.) *Geriatrics* 1996;51(7):26-35.

Una intervención sistemática y focalizada por parte del médico de atención primaria puede remediar el problema de la polifarmacia en los ancianos. Esta estrategia incluye el descubrimiento de la medicación, la identificación de los fármacos, el reconocimiento de los efectos secundarios, la revisión del tratamiento y una posible reducción de los medicamentos en general y de su dosificación en particular. Con el desarrollo de hábitos de prescripción adecuados, el médico puede resolver el problema de los efectos secundarios de los medicamentos, prevenir las reacciones adversas futuras, reducir los gastos en fármacos y mejorar la adaptabilidad a la medicación. La prescripción prudente de medicamentos es un modo de mejorar la calidad de vida del paciente de edad avanzada.

9

Craig SB, Bandini LG, Lichtenstein AH, Schaefer EJ, Dietz WH. The impact of physical activity on lipids, lipoproteins, and blood pressure in preadolescent girls. (El impacto de la actividad física en los lípidos, las lipoproteínas y la presión arterial en las preadolescentes.) *Pediatrics* 1996;98(3):389-95.

Los hallazgos contradictorios reportados al efecto de la actividad física en los lípidos, las lipoproteínas y la presión arterial en los niños pueden tener su origen en los errores inherentes a los métodos utilizados para medir la capacidad física, la falta de control para otros factores de riesgo cardiovasculares o en ambos. El propósito de este estudio fue evaluar la asociación

entre la actividad física analizada mediante mediciones directas del gasto de energía y los factores de riesgo cardiovasculares, al controlar la ingestión dietética y la grasa porcentual y corporal. Se determinó el gasto de energía sin descansar en 49 niñas entre los 8 y 11 años de edad, a partir de las mediciones del gasto diario de energía (usando agua doblemente clasificada) y el índice de descanso metabólico (con el empleo de la calorimetría indirecta). También se obtuvo el llamado autorreporte de las horas de participación en actividades físicas de al menos moderada intensidad (gasto de energía de al menos 4 veces el índice de descanso metabólico [IDM] 4) durante el año anterior. Se calculó la grasa porcentual y corporal a partir de las mediciones del agua corporal total con H_2^{180} . Se midieron las concentraciones del colesterol total, el colesterol de la lipoproteína de alta densidad, el colesterol de la lipoproteína de baja densidad (LBD), la apolipoproteína B (apo B), la apo A-I, la lipoproteína (a), la insulina y el estradiol, así como la proporción cintura-cadera, la presión arterial sistólica y la ingestión dietética de los registros de alimentos durante 7 días. Se analizaron los datos a partir de la correlación de Pearson producto-momento y la progresión múltiple escalonada. Las horas autorreportadas de participación en las actividades con el IDM de 4 o más (equivalentes metabólicos) pronosticaron significativas concentraciones de la LBD y de apo B, incluso después del ajuste para la grasa porcentual y corporal y el porcentaje de energía dietética de la grasa saturada. El gasto de energía sin descanso ajustado para el peso, una medición de la energía empleada en la actividad física, no predijo las concentraciones de colesterol de la lipoproteína de alta y baja densidad. El índice de masa corporal y la concentración de insulina pronosticaron la presión arterial sistólica y diastólica, respectivamente. Estos hallazgos sugieren que la intensidad de la actividad física pudiera ser un factor determinante más importante del colesterol de la lipoproteína de baja densidad en los niños que la energía empleada en la actividad física.

10

Delgado-Rodríguez M, Gómez Olmedo M, Bueno Cavanillas A, Gálvez Vargas R. Determinantes de una ganancia ponderal baja durante el embarazo. (Determinants of low total weight gain in pregnancy. *Toko-Gin Práct* 1996;55(5):219-27.

Los autores se propusieron valorar los determinantes de la baja ganancia ponderal durante el embarazo, según los criterios del Institute of Medicine estadounidense. Se realizó un estudio sobre una muestra, seleccionada aleatoriamente, de 385 mujeres que dieron a luz en el hospital de referencia de un área sanitaria. Se consideró como baja la ganancia ponderal de < 12,5 kg para las mujeres con índices de Quetelet (IQ) < 19,8; < 11,5 kg para IQ de 19,8/26; < 7 kg para IQ de 26-29; y < 6 kg en IQ > 29. Los determinantes independientes de la baja ganancia corporal se valoraron mediante la regresión logística múltiple. Se utilizó la regresión lineal múltiple para conocer los determinantes de la ganancia ponderal. No se encontró relación entre la baja ganancia corporal y variables educativas, de clase social, antecedentes obstétricos y de aplicación adecuada de la atención prenatal. El análisis de regresión logística múltiple seleccionó cinco predictores que, por orden de entrada fueron: el índice de Quetelet (razón de disparidad [RD], 0,57, $p = 0,001$), peso del recién nacido (RD, 0,47, $p < 0,001$), primiparidad (RD, 0,54, $p = 0,008$), infección genitourinaria (RD, 1,63, $p = 0,03$) e hipertensión (RD, 0,33, $p = 0,066$). La regresión lineal múltiple seleccionó cinco determinantes (índice de Quetelet, peso del recién nacido, hipertensión,

diabetes y cesárea) y explicó tan sólo el 8,6 % de la variabilidad de la ganancia ponderal. Los factores determinantes independientes de la baja ganancia no son muy modificables por parte del obstetra. Hace falta más investigación sobre los determinantes de la ganancia ponderal.

11

Diehl KB. Topical antifungal agents: an update. (Agentes antifúngicos tópicos: actualización.) *Am Fam Phys* 1996;54(5): 1687-92.

Se han introducido tantos agentes tópicos antihongos que seleccionar el más adecuado para una determinada infección se ha convertido en una tarea difícil. Los agentes no específicos han estado disponibles durante muchos años y todavía son efectivos en muchas situaciones. Estos agentes incluyen a la pomada de Whitfield, la pintura de Castellani, la violeta genciana, el permanganato de potasio, el ácido undecilénico y el sulfuro de selenio. Los agentes antihongos específicos incluyen, entre otros, a los polienos (la nistatina, la anfotericina B), los imidazoles (el metronidazol, el clotrimazol) y las alilaminas (la terbinafina, la naftifina). Aunque la elección de un agente antihongos se debe basar en un diagnóstico preciso, muchos clínicos creen que el miconazol tópico es un agente relativamente efectivo para la mayoría de las infecciones micóticas. La terbinafina y otros medicamentos producidos más recientemente, producen efectos fungicidas primarios. En comparación con otros agentes antihongos anteriores, estos nuevos medicamentos se pueden utilizar en menores concentraciones y períodos terapéuticos más breves. Se requieren estudios para evaluar la eficacia clínica y las ventajas en cuanto al costo, tanto de los nuevos agentes como de los tradicionales.

12

Dwyer JH, Li L, Dwyer KM, Curtin LR, Feinleib M. Dietary calcium, alcohol, and incidence of treated hypertension in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. (Calcio en la dieta, alcohol e incidencia de la hipertensión tratada en el Estudio de Seguimiento Epidemiológico NHANES I.) *Am J Epidemiol* 1996;144(9):828-38.

Las pruebas concernientes a la relación entre la ingestión de calcio en la dieta y el desarrollo de la hipertensión no son consecuentes. Algunas de estas contradicciones pueden tener su explicación en la interacción de esta relación con otros factores. Se diseñó el estudio actual para probar la posible interacción entre el consumo de alcohol y la relación de la ingestión de calcio en la dieta, con la incidencia de 10 años de hipertensión en una muestra de la población adulta de los Estados Unidos: Estudios Epidemiológicos de Seguimiento (1982-1984) del First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I) (1971-1975). Se estimaron los modelos interactivos de regresión logística con la incidencia de hipertensión, definida como automedicación con antihipertensivos. Después de excluidos los participantes con evidencias de hipertensión en la línea de base (n = 6,634), los valores de disparidad para la hipertensión se estimaron para cada aumento de 1 g diario en la ingestión de calcio. La relación entre el calcio en la dieta y la incidencia de hipertensión mostró interacciones significativas con la frecuencia del consumo de alcohol (razón de disparidad [RD], 1,33 para

tomadores diarios, RD, 0,84 para otros; $p = 0,005$ para la diferencia), la edad (RD, 0,75 para 40 o menos años en la línea de base, RD, 1,00 para > 40 años; $p = 0,004$) y el índice de masa corporal definido como peso (kg) dividido por la altura cuadrada (RD, 0,82 para 26 o menos, RD, 1,01 para > 26 ; $p = 0,018$). Las interacciones con el sexo y la raza (negra y blanca) no fueron significativas ($p = 0,4$). Estos hallazgos sugieren que un efecto protector de los alimentos que contienen calcio sobre el riesgo de desarrollar hipertensión, pudiera variar según los niveles de consumo de alcohol y otros factores de riesgo de la enfermedad.

13

Fergusson DM, Lynskey MT. Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. (El abuso del alcohol y el comportamiento sexual en la adolescencia y la asunción de sus riesgos.) *Pediatrics* 1996;98(1):91-6.

Los objetivos de este estudio consistieron en analizar las asociaciones entre el abuso del alcohol y las mediciones del comienzo temprano de la actividad sexual y la conducta sexual riesgosa durante la adolescencia y hasta donde cualquier asociación entre estos dos formas de comportamiento podrían explicarse a partir de los factores comunes de riesgo que predispusieron a los individuos ante ambos resultados. Se recopilaron los datos obtenidos durante el curso de un estudio longitudinal de 16 años de una cohorte de nacimiento de 953 niños neozelandeses que incluyeron: 1) las mediciones del informe personal acerca del comienzo temprano de la actividad sexual (antes de los 16 años de edad), las parejas múltiples (3 ó más), las relaciones sin protección entre los 15 y 16 años; y 2) los factores de riesgo medidos prospectivamente, incluidos el antecedente social, las adversidades en la niñez, la búsqueda de lo nuevo y las asociaciones con parejas equivocadas. Los adolescentes que reportaron abusar del alcohol presentaron valores de disparidad del comienzo temprano de la actividad sexual, las parejas múltiples y las relaciones sin protección que ocurrieron desde 6,1 hasta 23,0 veces en comparación con aquellos jóvenes que no abusaron del alcohol. Después de ajustar los factores de riesgo comunes o relacionados, las razones de disparidad ajustadas entre el abuso del alcohol, el comienzo temprano de la actividad sexual y la relación sin protección se redujeron, pero permanecieron significativos estadísticamente. Sin embargo, no se encontró ninguna asociación significativa entre el abuso del alcohol y las parejas múltiples después de ajustar los factores de riesgo comunes o relacionados. Gran parte de la evidente asociación entre el abuso del alcohol, la actividad sexual en la adolescencia y la determinación de los riesgos parece surgir a través de la influencia de la familia común, la individual y los factores por pareja. Sin embargo, el abuso del alcohol también puede provocar mayor riesgo entre los adolescentes que inician relaciones sexuales tempranas y practican el coito sin protección.

14

Findlay D. Practical management of pressure ulcers. (Manejo práctico de las úlceras por presión.) *Am Fam Phys* 1996;54(5):1519-28.

El uso de apósitos para heridas, según los principios de la cura de la lesión húmeda, ha cambiado recientemente el tratamiento de las úlceras por presión. Con estos productos se pueden mejorar las tasas de curación, ofrecer mayor bienestar al paciente, reducir el tiempo

que se mantiene con el apósito y lograr una mayor perfección desde el punto de vista cosmético. No obstante, es difícil que se logre la curación si no se consideran los factores que contribuyen a la formación de la úlcera. Los principios terapéuticos abarcan la eliminación o reducción de la presión, el tratamiento adecuado de la lesión, la educación y el comprometimiento del paciente y de los que le brindan atención para mantener una conducta apropiada, así como la conservación del tejido curado. Se estima que el 95 % de las úlceras por presión son evitables. La prevención, además del mero tratamiento de las úlceras establecidas, continúa siendo una prioridad de primer orden en el esfuerzo por reducir la incidencia de este problema común, complejo y difícil. El empleo de medios de valoración que cuantifican los factores de riesgo primario en la formación de las úlceras por presión, es útil en el pronóstico y prevención del tejido comprometido.

15

Fuente L de la, Jimeno JM, Callejón C, Cristóbal I, Escudero M. Gestación prolongada: resultados obstétricos y perinatales. (Prolonged pregnancy: obstetrics and perinatal results.) *Toko-Gin Práct* 1996;55(6):275-81.

Con el fin de determinar la morbilidad y la mortalidad materno-infantil asociada a la gestación prolongada (GP), analizamos 236 gestaciones de 42 semanas o más, atendidas en el Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid, comparándolas con un grupo control de 1 775 gestaciones a término. La incidencia de la GP en nuestro centro es del 2,36 %, habiéndose apreciado una importante reducción de su frecuencia en los últimos años. El porcentaje de cesáreas en estas pacientes fue significativamente mayor que en las gestaciones a término (30,51 %, frente al 17,58 %, $p < 0,005$); se observó una menor incidencia de partos eutócicos en las GP. En nuestro estudio no se apreció aumento del número de partos instrumentales. Las indicaciones de cesárea por desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo o fracaso de la inducción, son más comunes en los casos de GP ($p < 0,005$); las cesáreas electivas y aquellas por primiparidad de nalgas se realizan más a menudo en gestaciones a término. En los últimos tres años, fueron inducidas el 36,17 % de las GP, las cuales finalizaron: mediante cesárea, el 45,83 %; con fórceps, el 8,33 % y, por parto eutócico, el 45,83 %. No tuvimos mortalidad perinatal en ninguno de los casos de GP. Estudiamos la morbilidad de estos recién nacidos durante el parto: no apreciamos mayor incidencia de pH $< 7,20$ en arteria umbilical (34,31 %), el Apgar al primer minuto fue significativamente menor en las GP (11,54 % < 7). El tipo de reanimación neonatal fue más agresivo que en el grupo control, con peor estado del recién nacido al ingreso en neonatología. Apreciamos más frecuencia de registros decelerativos con DIPs 1 y DIPs variables ($p < 0,05$) durante la dilatación y el expulsivo. Encontramos meconio y fetos macrosómicos más frecuentemente en estos casos ($p < 0,005$). La patología por traumatismos durante el parto y los casos de asfíxia neonatal se observan con más frecuencia que en las gestaciones a término. Los niños nacidos tras GP requieren mayor seguimiento pediátrico, siendo significativamente mayor el nivel de alarma neurológica al alta. La GP presenta una mayor morbilidad fetal y materna (mayor índice de cesáreas), por lo que consideramos necesaria una vigilancia especial durante las últimas semanas del embarazo y en el momento del parto.

16

Furnival RA, Woodward GA, Schunk JE. Delayed diagnosis of injury in pediatric trauma. (Diagnóstico tardío de lesiones en el traumatismo pediátrico.) *Pediatrics* 1996;98(1):56-62.

Con el objetivo de definir la frecuencia y la naturaleza del diagnóstico demorado de las lesiones (DDL) en el traumatismo pediátrico, se efectuó un análisis retrospectivo en un centro pediátrico de nivel terciario especializado en traumatismos. Se analizaron los registros médicos de 1 175 casos de traumatismos pediátricos, atendidos del 1° de julio de 1989 al 30 de junio de 1992. A 50 pacientes (4,3 %) se les hicieron 53 DDL. Las fracturas representaron 38 DDL, principalmente las de las extremidades (total 16 %). La demora hasta el diagnóstico de las lesiones varió desde 1 hasta 55 días (promedio 3). Los pacientes con DDL tenían puntuaciones más bajas en la Escala Coma de Glasgow, y más elevadas según la gravedad de las lesiones y la prolongación de la estadía en las unidades de cuidados intensivos y en los hospitales, en comparación con aquellos que no tenían DDL. Los pacientes con DDL requirieron con más frecuencia del transporte médico, la intubación urgente, la admisión en las unidades de cuidados intensivos y la cirugía. El DDL alteró el tratamiento al 68 % de los pacientes; 10 requirieron de cirugía, incluidas segundas operaciones a 6 niños. El DDL representa una interrupción en la atención del trauma pediátrico a todos los niveles. El niño gravemente lesionado es más susceptible al DDL. Todos los pacientes pediátricos con traumatismos deben evaluarse progresivamente, a fin de que se puedan identificar las lesiones no reconocidas inicialmente.

17

Gardner CD, Fortmann SP, Krauss RM. Association of small low-density lipoprotein particles with the incidence of coronary artery disease in men and women. (Asociación de las partículas pequeñas de lipoproteínas de baja densidad con la incidencia de las enfermedades de la arteria coronaria en hombres y mujeres.) *JAMA* 1996;276(11):875-81.

Los autores se propusieron identificar la futura asociación del diámetro de la partícula de lipoproteína de baja densidad (LBD) con la incidencia de enfermedades fatales y no fatales de la arteria coronaria (EAC), para lo que efectuaron un estudio ajustado de casos y controles. Se identificaron los casos y los controles de una muestra basada en una población de hombres y mujeres mediante la combinación de 5 estudios cruzados-transversales realizados entre 1979 y 1990 por el Proyecto Stanford para Cinco Ciudades (PCC). Los casos inherentes a las EAC se identificaron mediante la vigilancia del PCC entre 1979 y 1992. Se relacionaron los controles según el sexo, los grupos de edades de 5 años, el del estudio, la etnicidad y la condición del tratamiento del PCC. La muestra incluyó a 124 parejas relacionadas: 90 pares de hombres y 34 de mujeres. El diámetro pico de la partícula de la LBD se determinó mediante la electroforesis del gel gradiente en las muestras de plasma acumuladas durante los estudios (almacenadas a 70 °C durante 5 a 15 años). Los datos establecidos del factor de riesgo de la EAC estaban disponibles a partir de las mediciones de la línea de base del PCC. El tamaño de la LBD fue menor entre los casos de la EAC que en los controles (promedio \pm SD)

($26,17 \pm 1,00$ nm vs. $26,68 \pm 0,90$ nm; $p < 0,001$). Se clasificó la asociación por medio de los quintiles de control del tamaño de la LBS. La diferencia significativa del caso-control en el tamaño de la LBD fue independiente de los niveles del colesterol de la lipoproteína de alta densidad (HDL-C), el colesterol de las no HDL (no HDL-C), los triglicéridos, el hábito de fumar, la presión arterial sistólica y el índice de masa corporal, pero no fue significativa después del ajuste de la proporción del colesterol total (CT) al HDL-C (CT:HDL-C). Entre todos los factores de riesgo fisiológicos, el tamaño de la LBD fue el mejor diferenciador del estado de la EAC en la regresión logística condicional. Sin embargo, cuando se añadió a los parámetros fisiológicos anteriores, se descubrió que la proporción del CT:HDL-C era un elemento predictivo independiente más potente del *status* de la EAC. El tamaño de la LBD fue significativamente menor en los casos de EAC que en los controles en un estudio prospectivo basado en la población. Estos hallazgos apoyan otras evidencias del papel de las pequeñas partículas densas de las LBD en la etiología de la aterosclerosis.

18

Gavagan T, Reddy MJ. Myocardial infarction: the first 24 hours. (Las primeras 24 horas del infarto del miocardio.) *Am Fam Phys* 1996;54(3):921-31.

El infarto del miocardio es la causa de muerte más frecuente en los Estados Unidos. La intervención rápida posinfarto en las primeras 24 horas disminuye la mortalidad. Las modalidades terapéuticas evolucionan rápidamente a medida que se obtienen nuevos datos, tanto de la investigación básica como de los ensayos clínicos. La rápida destrucción de los trombos, la puesta en práctica de criterios precisos para el diagnóstico y la aplicación posterior del tratamiento adecuado, son fundamentales en la prevención de las complicaciones del infarto del miocardio. Entre las medidas iniciales en la sala de urgencias se incluyen el acceso endovenoso, el conocimiento de los antecedentes, el examen físico, el suministro de oxígeno, la electrocardiografía, el uso de la aspirina y los nitratos y la consideración de si se requiere trombólisis o angioplastia, según el caso. Todo este proceso debe tener lugar entre la primera y la segunda hora posteriores al infarto del miocardio. Después del ingreso en el hospital, se puede establecer un tratamiento complementario con suministro de betabloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y la anticoagulación.

19

Gold DR, Wang X, Wypij D, Speizer FE, Ware JH, Dockery DW. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. (Efectos del hábito de fumar cigarrillos sobre las funciones pulmonares en adolescentes de ambos sexos.) *N Engl J Med* 1996;335(13):931-7.

Poco se conoce acerca de los efectos específicos por sexo del hábito de fumar sobre el nivel y desarrollo de las funciones pulmonares durante la adolescencia, etapa en la cual el 71 % de la población de los Estados Unidos fuma su primer cigarrillo. Se estudiaron los efectos que produce el hábito de fumar sobre el nivel y el índice de desarrollo de las funciones pulmonares en una cohorte de 5 158 adolescentes de sexo masculino y 4 902 del sexo femenino en edades comprendidas entre los 10 y los 18 años, examinados anualmente entre 1974 y 1989 en 6 ciudades de los Estados Unidos. Se halló una relación dosis-reacción entre el hábito de

fumar y los niveles más bajos, tanto en cuanto a la proporción del volumen respiratorio forzado en un segundo como en cuanto a la capacidad vital forzada (VEF_1/CVF), como en relación con el flujo expiratorio forzado entre el 25 % y el 75 % de la CVF (FEF_{25-75}). Cada cajetilla consumida por día se asoció con una reducción del 3,2 % en la FEF_{25-75} para las muchachas ($p = 0,01$) y una reducción de 3,5 % en la FEF_{25-75} para los muchachos ($p = 0,07$). Mientras que el nivel de la CVF se elevó en los fumadores, se redujo el índice de desarrollo de la CVF y de la VEF. Entre los adolescentes del mismo sexo, fumar 4 o más cigarrillos diarios, en comparación con no tener hábito, se asoció con el 1,09 % de desarrollo más lento de la VEF_1 por año en las muchachas (intervalo de confianza [IC] del 95 %, desde 0,70 hasta 1,47 %) y con el 0,20 % de desarrollo más lento en los muchachos (IC del 95 %, 0,16-0,56 %), así como con el desarrollo más lento del 1,25 % de la FEF_{25-75} por año en las muchachas (IC del 95 %, 0,38-2,13 %) y el desarrollo más lento del 0,93 % en los muchachos (IC del 95 %, 0,21-1,65 %). Mientras que las jóvenes no fumadoras alcanzaron una meseta en las funciones pulmonares a los 17 ó 18 años, las fumadoras de la misma edad presentaron un descenso de la VEF y la FEF_{25-75} . El hábito de fumar se asocia con las pruebas de obstrucción moderada de las vías respiratorias y con un desarrollo demorado de las funciones pulmonares en los adolescentes. Las muchachas pudieran ser más vulnerables que los varones a los efectos del hábito de fumar sobre el desarrollo de las funciones pulmonares.

20

Hennessey JV. Diagnosis and management of thyrotoxicosis. (Diagnóstico y manejo de la tirotoxicosis.) *Am Fam Phys* 1996;54(4):1315-24.

Recientemente se han publicado estudios clínicos orientados hacia los resultados y los principios integrales del tratamiento de la enfermedad del tiroides. La tirotoxicosis es un reto al diagnóstico diferencial y la determinación de su etiología es el paso más decisivo para su tratamiento. Se hace referencia a la tirotoxicosis como una forma de hipertiroidismo cuando la hiperfunción tiroidea sostenida provoca un incremento de la biosíntesis hormonal y de la liberación de la glándula. La causa más común es la enfermedad de Graves, aunque las hiperplasias tiroideas nodulares tóxicas se producen frecuentemente en los ancianos. Las formas menos comunes incluyen al hipertiroidismo inducido por yodo, la tirotoxicosis asociada a la gonadotropina coriónica humana y la resistencia pituitaria a la regulación de la hormona tiroidea, en la cual la tiroxina libre aumenta en los pacientes eutiroides o hipotiroideos, aunque es normal que se incremente la hormona estimulante de la tiroides. Los estados tirotóxicos no hipertiroideos se asocian con las proporciones de consumo de yodo poco radiactivo, como se puede ver en los tres tipos de tiroiditis subaguda, en la producción ectópica de hormonas o en la ingestión exógena de la hormona tiroidea. El tratamiento de la tirotoxicosis requiere de la disminución de los niveles de tiroides, hasta que se logre mantener un estado eutiroides. El paciente debe participar activamente en las decisiones terapéuticas. Los medicamentos antitiroideos, el yodo radiactivo y la cirugía son las principales formas de tratamiento. Un tratamiento suplementario podría indicarse en algunos casos. El seguimiento prolongado es necesario en todos los casos.

21

Hewson PH, Tippett EA, Jones DM, Maddern JP, Higgs P. (Pruebas habituales de la función pulmonar en adolescentes asmáticos en medicina general.) Routine pulmonary function tests in young adolescents with asthma in general practice. *MJA* 1996;165(9):469-72.

Para determinar el valor de las pruebas habituales de la función pulmonar mediante la espirometría de líquido en asa de adolescentes con asma, se efectuó un estudio prospectivo en el que se comparan los signos clínicos y la información ofrecida por los propios pacientes acerca de la severidad del asma con los resultados de las pruebas de la función pulmonar, como parte de una práctica general en una pequeña comunidad rural de cerca de 30 000 personas. Adolescentes asmáticos de 10 a 15 años de edad constituyeron el objeto de estudio durante un período de 2 años, que abarcó desde julio de 1993 hasta junio de 1995. Se escogieron los casos sometidos a evaluaciones en intervalos electivos, o que presentaban una exacerbación aguda del asma. Se hallaron discrepancias entre: 1) la percepción del control del asma por el médico y el paciente (6 mediciones de la escala) y los consecuentes planes terapéuticos, y 2) los resultados de las pruebas de la función pulmonar, que se mostraron inferiores a los de la función adecuada de las vías respiratorias (por ejemplo, volumen espiratorio forzado en un segundo como porcentaje de capacidad vital pronosticada por la talla y el sexo (VEF₁) inferior al 65 %, o frecuencia promedio de flujo por encima del 50 % de la media de la capacidad vital forzada como porcentaje del valor normal pronosticado (CVF_{25%-75%}) inferior al 65 %). Se evaluaron 27 adolescentes asmáticos en un total de 37 ocasiones. Los resultados de las pruebas de la función pulmonar se correlacionaron con los síntomas del asma y el tratamiento en 11 de 37 evaluaciones (30 %; intervalo de confianza [IC] del 95 %, 16%-47 %). Las 11 evaluaciones se realizaron en 8 pacientes. Este estudio de adolescentes asmáticos basado en una pequeña comunidad, apoya el criterio de que la prueba de la función pulmonar mediante la espirometría de líquido en asa, debe formar parte de la evaluación habitual de los asmáticos crónicos y agudos. Se requiere un estudio más profundo en una comunidad mayor para determinar la frecuencia de sobre o subestimación de la severidad del asma en este complejo grupo de edad.

22

Hobbs WL, Johnson CA. Anorexia nervosa: an overview. (Anorexia nerviosa: una revisión.) *Am Fam Phys* 1996;54(4):1273-9.

La anorexia nerviosa es una enfermedad psicológica caracterizada por una notable pérdida de peso, temor intenso a aumentar de peso incluso en los pacientes de constitución física endeble, una apreciación distorsionada de la apariencia física y la amenorrea en las mujeres. La anorexia se manifiesta fundamentalmente en las adolescentes y afecta a entre el 0,2 % y el 1,3 % de la población en general. Las complicaciones de la anorexia nerviosa son numerosas e implican a casi todo el sistema orgánico, aunque la mayoría de las complicaciones pueden revertirse cuando se restaura el estado nutricional saludable. El tratamiento se puede aplicar lo mismo al paciente hospitalizado que al que se atiende ambulatoriamente, y en él está implícita la rehabilitación nutricional y psicológica.

23

Hooton TM, Sholes D, Hughes JP, Winter C, Roberts PL, Stapleton AE, et al. A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women. (Estudio prospectivo de los factores de riesgo de infecciones urinarias sintomáticas en mujeres jóvenes.) *N Engl J Med* 1996;335(7):468-74.

Aunque las infecciones agudas de las vías urinarias son comunes en las mujeres jóvenes, los factores de riesgo a ellas asociados no se han definido de forma prospectiva. Se agruparon mujeres jóvenes sexualmente activas que iniciaban un nuevo método de contracepción en un centro universitario de la salud o en una organización para el mantenimiento de la salud (OMS). Se monitorearon durante 6 meses las infecciones de las vías urinarias. Se utilizaron los encuentros diarios y las entrevistas seriadas para recopilar datos acerca de los factores de riesgo potenciales. Entre 796 mujeres, la incidencia de las infecciones de las vías urinarias por persona-año fue de 0,7 en la cohorte universitaria (edad promedio, 23 años; n = 348) y de 0,5 en la cohorte de la OMS (edad promedio, 29 años; n = 448). En ambas cohortes se observaron notables relaciones dosis-reacción entre el riesgo de infección, tanto con el uso de un diafragma con espermicida (riesgos relativos específicos para 1, 3 y 5 días de uso en la semana anterior, 1,42, 2,83 y 5,68 en la cohorte universitaria, $p < 0,001$; y 1,29, 2,14 y 3,54 en la cohorte de la OMS, $p = 0,04$), como con la reciente relación sexual (riesgos relativos respectivos para 1, 3 y 5 días con coito en la semana anterior, 1,37, 2,56 y 4,81 en la cohorte universitaria, $p < 0,001$; y 1,24, 1,91 y 2,96 en el cohorte de la OMS, $p = 0,002$). El riesgo de infección aguda se asoció también con una historia de infección recurrente (riesgo relativo, 5,58 en la cohorte universitaria y 2,10 en la cohorte de la OMS), pero no con el uso del gorro cervical, el fenotipo no secretor de los grupos sanguíneos ABO o la micción poscoital demorada. Entre las mujeres jóvenes sexualmente activas, la incidencia de infección sintomática de las vías urinarias es elevada, y el riesgo se asocia notable e independientemente con la relación sexual reciente, el uso reciente de un diafragma con espermicida y una historia de infecciones recurrentes de las vías urinarias.

24

Illia R, Diego A de, Almada R, Iglesias V, Laterra C, Gianello C, et al. Factores de riesgo, patología asociada y características cervicales relacionadas con el éxito o fracaso de la uteroinhibición en la amenaza de parto pretérmino (Risk factors, associated disease, and uterine cervix features related with success or failure of uterine inhibition in threat of premature labor.) *Toko-Gin Práct* 1996;55(5):229-34.

El nacimiento pretérmino sigue siendo un problema perinatal importante. La infección amniótica, con el consiguiente desencadenamiento de contracciones uterinas, es la posibilidad más aceptada. En este estudio, se analizan los factores de riesgo y características cervicales en pacientes con amenaza de parto pretérmino (APP) y su respuesta a la uteroinhibición. Las pacientes con edad menor a los 25 años tienen mayor riesgo de fracaso de la uteroinhibición. El peso promedio del recién nacido (RN) fue menor en el grupo de uteroinhibición fallida, hallándose también en este grupo más RN con prematuridad extrema.

La patología más frecuentemente asociada fue la rotura prematura de la membrana (RPM). Las pacientes del grupo parto presentaron mayor dilatación cervical que las que prolongaron el embarazo.

25

Ing FF, Starc TJ, Griffiths SP, Gersony WM. Early diagnosis of coarctation of the aorta in children: a continuing dilemma. (Diagnóstico precoz de la coartación de la aorta en niños: un dilema permanente.) *Pediatrics* 1996;98(3):378-82.

Debido a que el arreglo tardío de la coartación de la aorta (COA) se asocia con la enfermedad cardiovascular prematura en la vida adulta, su detección precoz es importante. Se pretende determinar si la detección precoz de la COA ha tenido auge desde la pasada década, evaluar los patrones que se siguen para este proceder y establecer los signos clínicos relacionados con el diagnóstico de la COA. Se analizaron los registros de 50 pacientes mayores de 1 año sometidos a la reparación quirúrgica de la COA entre 1980 y 1990. Se analizaron indicadores como la edad y la presencia de signos clínicos de COA y los datos se compararon con los de la década anterior. Las edades promedio en las referencias fueron de 8,4 y 5,8 años, respectivamente. Los pediatras participaron en el 64 % de los casos. Se hizo un diagnóstico específico de la COA en 2 (4 %) de los 50 pacientes antes de la consulta con un cardiólogo pediátrico. Los hallazgos clínicos más abundantes fueron el soplo cardíaco y una presión arterial sistólica gradiente entre las piernas y los brazos mayor que 10 mmHg; ambas afecciones estaban presentes en todos los pacientes. Los pulsos de las extremidades inferiores disminuyeron en 37 pacientes (74 %) y en otros 9 (18 %) no se detectaron. Cuarenta y siete niños (94 %) mostraron tener hipertensión en las extremidades superiores (superior al percentil 95 de la normal para su edad); en 25 (50 %) se observó presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg. No se hubiera encontrado COA en el 82 % de los niños si los pulsos ausentes de las extremidades inferiores se requirieran como característica para el diagnóstico. Estos hallazgos se asemejan a los reportados por nuestra institución en la década anterior, lo cual sugiere que la detección precoz no ha tenido auge alguno. En comparación con los datos de la década anterior, el momento, las razones y las fuentes de referencia para la COA no indican en este estudio mejoría en la detección precoz de la COA por parte de los pediatras. Es obligatorio el monitoreo de todos los niños en busca de la COA mediante la medición de la presión arterial de las extremidades superiores e inferiores durante al menos un examen físico después del período posnatal.

26

Jousilahti P, Vartiainen E, Toumilehto J, Puska P. Symptoms of chronic bronchitis and the risk of coronary disease. (Síntomas de bronquitis crónica y riesgo de coronariopatía.) *Lancet* 1996;348(9027):567-72.

Los estudios experimentales y epidemiológicos muestran una asociación positiva entre las coronariopatías y varias infecciones en los diferentes órganos, tanto en las virales como en las bacterianas, así como en las agudas y en las crónicas. Se le ha prestado una gran atención a las infecciones dentales y a las de las vías respiratorias. Se estudió cómo la infección respiratoria crónica puede conllevar una coronariopatía. Se definió la infección respiratoria

crónica a partir de la manifestación de los síntomas de la bronquitis crónica. También se analizó la existencia de alguna asociación en la incidencia y la mortalidad por cardiopatías e independientemente de los principales factores de riesgo conocidos, y si es similar entre las personas con diferentes ocupaciones. Este estudio de cohorte consistió en un seguimiento de 13 años a 19 444 hombres y mujeres fineses seleccionados aleatoriamente, nacidos entre 1913 y 1947, quienes habían sido examinados en 1972 o en 1977. Durante el seguimiento se produjeron por primera vez 1 419 accidentes coronarios fatales o no fatales y 614 muertes por esta causa. Entre los hombres, la proporción de riesgo ajustada de acuerdo con la edad y el año de estudio de los síntomas duraderos de la bronquitis crónica (hasta 3 veces en un año) fue de 1,52 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,33-1,75) para las coronariopatías y de 1,74 (IC, 1,43-2,11) para la mortalidad coronaria. Entre las mujeres esta proporción de riesgo fue de 1,88 (1,07-1,78) y de 1,49 (0,98-2,27), respectivamente. La inclusión del hábito de fumar, el colesterol sérico y la presión arterial sistólica en los modelos, disminuyó las proporciones de riesgo hasta 1,36 (1,17-1,56) y 1,55 (1,26-1,90) en los hombres, y hasta 1,34 (1,04-1,74) y 1,41 (0,92-2,16) en las mujeres, respectivamente. El riesgo de contraer coronariopatías asociado con los síntomas de la bronquitis crónica fue similar entre los obreros y los intelectuales, pero no se encontró esta asociación entre los campesinos. Se interpreta que los síntomas de la bronquitis crónica pronosticaron el riesgo de contraer una coronariopatía, independientemente de los factores de riesgo cardiovasculares más conocidos. Si la asociación observada es causal, la prevención y el tratamiento de las infecciones crónicas pueden haber desempeñado un papel en el descenso de la mortalidad por coronariopatías observada en el este de Finlandia durante las pesadas dos décadas.

27

Kittner SJ, Stern BJ, Feeser BR, Hebel JR, Nagey DA, Buchholz DW, et al. Pregnancy and the risk of stroke. (Embarazo y riesgo de accidente cerebrovascular.) *New Engl J Med* 1996;335(11):768-74.

Se piensa que el embarazo incrementa el riesgo de accidentes cerebrovasculares, pero existen muy pocos datos disponibles para cuantificar tal peligro. Se identificaron todas las pacientes con edades entre 15 y 44 años residentes en Maryland y Washington, D.C., a las que se les dio de alta de cualquiera de los 46 hospitales existentes en el área de estudio en 1988 o 1991. Dos neurólogos revisaron cada caso a partir de los datos de los registros médicos de las mujeres. Se determinó si las mujeres habían estado embarazadas en el momento del accidente cerebrovascular o hasta 6 meses antes de su ocurrencia. A los efectos de este análisis, el período de 6 semanas posterior al embarazo podía comenzar con un aborto inducido o espontáneo, o con el parto de un niño vivo o muerto. Se produjeron 17 infartos cerebrales y 14 hemorragias intracerebrales en las mujeres grávidas o en las que habían salido recientemente del embarazo (accidentes cerebrovasculares relacionados con el embarazo). También hubo 175 infartos cerebrales y 48 hemorragias intracerebrales no relacionadas con el embarazo. Para el infarto cerebral, el riesgo relativo durante el embarazo, ajustado para la edad y la raza, fue de 0,7 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,3-1,6), pero aumentó hasta 8,7 para el período posparto (después de un nacimiento vivo o muerto) (IC del 95 %, 4,6-16,7). Para la hemorragia intracerebral, el riesgo relativo ajustado fue de 2,5 durante el embarazo (IC del 95 %, 1,3-4,4). En resumen, para cualquier tipo de accidente cerebrovascular durante el embarazo o dentro de las 6 semanas posteriores, el riesgo relativo

ajustado fue de 2,4 (IC del 95 %, 1,6-3,6) y el riesgo atribuible o de exceso fue de 8,1 accidentes cerebrales por cada 100 000 embarazos (IC del 95 %, 6,4-9,7). Los riesgos, tanto del infarto cerebral como de la hemorragia intracerebral, aumentan en las 6 semanas posteriores al parto, pero no durante el embarazo.

28

Kwoh CK, Venglish C, Lynn AH, Whitley DM, Young E, Chakravarti A. Age, sex the familial risk of rheumatoid arthritis. (Edad, sexo y riesgo familiar de artritis reumatoidea.) *Am J Epidemiol* 1996;144(1):15-24.

Se examinó la agregación del factor familiar en la artritis reumatoidea para determinar los factores que modifican el riesgo de contraerla a los familiares en primer grado de 165 casos descubiertos entre el 1° de enero y el 31 de marzo de 1987. A tal efecto, se consultó el Registro de Artritis Reumatoidea del Hospital Saint Margaret Memorial, de Pittsburgh, Pennsylvania, el cual no brindaba información previa referente a la ocurrencia de artritis reumatoidea entre los familiares de los enfermos. El estado de afección de los familiares en primer grado, verificado mediante una evaluación clínica estructurada, reveló una frecuencia falso-positiva del 61 %. No se detectaron, en cambio, casos falsos-positivos. No hubo diferencias en el número promedio de familias o en el número total de años en riesgo entre 135 familias simples y 30 familias múltiples; no obstante, el análisis de agregación reveló que sólo 18 de 30 familias múltiples confirmadas tuvieron un riesgo de artritis reumatoidea excesivo significativo. Se encontraron diferencias significativas cuando se compararon los probandos de las familias múltiples con los de las familias simples en relación con los sexos. La proporción mujer-hombre fue de 1:1 en las familias múltiples y de 3:1 en las familias simples. El riesgo familiar de contraer artritis reumatoidea fue similar en los padres (4,2 %) y hermanos (4,6 %) y mínimo en los hijos (0,7 %) de los probandos. Los autores aseveran que el estado de afección de los familiares en primer grado de pacientes con artritis reumatoidea se reporta a menudo erróneamente como positivo. La ocurrencia de la artritis reumatoidea puede estar más específicamente relacionada con el sexo y la edad al aparecer en un miembro de la familia afectada.

29

Leung AKC, Chan PYH, Cho HYH. Constipation in children. (El estreñimiento en los niños.) *Am Fam Phys* 1996;54(2):611-8.

El estreñimiento es un fenómeno común, que se estima lo padezca entre el 5 y el 10 % de los niños. En la mayoría de los casos la causa es funcional. Sin embargo, su aparición puede indicar en ocasiones un importante trastorno orgánico, el cual puede determinarse generalmente mediante el estudio de los antecedentes de los pacientes y un adecuado examen físico. El estreñimiento puede presentarse desde el nacimiento o a principios del período neonatal, por lo que es muy probable que su origen sea congénito. Cuando es agudo, su causa es casi siempre de índole orgánica, mientras que cuando es crónico su origen es generalmente funcional. Si el trastorno llega al punto de provocar la distensión extrema del colon, hay que pensar en una posible enfermedad de Hirschsprung. Habitualmente, el examen rectal de un niño con estreñimiento revela una dilatación y abundancia de deyecciones en

este conducto. En los pacientes con la enfermedad de Hirschsprung, el recto por lo general está vacío y apretado. Casi nunca se requieren investigaciones de laboratorio en los pacientes con estreñimiento moderado. El tratamiento debe orientarse hacia la causa fundamental. El estreñimiento funcional se puede controlar mediante la introducción de cambios en la dieta, en los hábitos intestinales y, si es necesario, con el tratamiento farmacológico y el entrenamiento de la biorretroalimentación.

30

Lynch JW, Kaplan GA, Cohen RD, Tuomilehto J, Salonen JT. Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality, and acute myocardial infarction?. (¿Explican los factores de riesgo cardiovascular la relación entre el nivel socioeconómico, la mortalidad por todas las causas, la mortalidad cardiovascular y el infarto agudo del miocardio?) Am J Epidemiol 1996; 144(10):934-42.

Mucho debe aprenderse aún acerca de cómo el bajo nivel socioeconómico aumenta el riesgo y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Se utilizaron los datos del Estudio del Factor de Riesgo de las Enfermedades Isquémicas y del Corazón (1984-1993) para estimar las asociaciones entre el infarto agudo del miocardio y los ingresos, la mortalidad por todas las causas y la mortalidad cardiovascular en una muestra basada en la población de 2 272 hombres fineses, con el ajuste de 23 factores de riesgo biológicos, de comportamiento, psicológicos y sociales. En comparación con el quintil de elevados ingresos, los del quintil más bajo presentaron peligros relativos ajustados para la edad de 3,14 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,77-5,56), 2,66 (IC del 95 %, 1,25-5,66) y 4,34 (IC del 95 %, 1,95-9,66) para la mortalidad por todas las causas, la mortalidad cardiovascular y el infarto agudo del miocardio, respectivamente. Después de ajustar los factores de riesgo, los peligros relativos para las mismas comparaciones fueron de 1,32 (IC del 95 %, 0,70-2,49), 0,70 (IC del 95 %, 0,29-1,9) y 2,83 (IC del 95 %, 1,14-7,00). En el quintil de ingresos más bajos, el ajuste de los factores de riesgo redujo el riesgo relativo en exceso de la mortalidad por todas las causas en el 85 %, el de la mortalidad cardiovascular en el 118 % y el del infarto agudo del miocardio en el 45 %. Estos datos muestran cómo la asociación entre el bajo nivel socioeconómico, la mortalidad cardiovascular y por todas las causas, está mediada por las conocidas vías del factor de riesgo, pero las explicaciones plenas para estas asociaciones necesitarán abarcar por qué estos factores de riesgo biológico, de comportamiento, psicológicos y sociales se distribuyen de forma diferente en cuanto se refiere al bajo nivel socioeconómico.

31

Mandelblatt J, Phillips RN. Cervical cancer: how often –and why– to screen older women. (Cáncer cervical: ¿con qué frecuencia y por qué examinar a las mujeres de edad avanzada?) Geriatrics 1996;51(6):45-8.

El cáncer cervical continúa siendo una causa importante de muerte evitable por cáncer en las mujeres de edad avanzada. A pesar de los beneficios del pesquisaje en la reducción de la morbilidad y mortalidad, las ancianas están subrepresentadas en los programas de pesquisaje. La mayoría de los grupos de profesionales recomiendan un frotis anual de Pap para todas

las mujeres, sin límite de edad. En casi todos los casos, las mujeres pueden someterse con seguridad a un pesquiasaje trienal después de diversos frotis anuales negativos. El examen es bien acogido entre las pacientes de la tercera edad, y el 92 % de ellas están dispuestas a someterse a un frotis de Pap en una instalación clínica. Para asegurar que el pesquiasaje sea eficaz en cuanto al costo, se deben aplicar métodos de prueba específicos y sensibles y limitar el pesquiasaje a las más adecuadas.

32

Martínez de la Osa R, Barrena Gordon J. Cáncer de mama en Andalucía Occidental: estudio clínico. (Breast cancer in Andalucía [Spain]: a clinic and epidemiologic study. *Toko-Gin Práct* 1996;55(7):298-310.

Quinientos veintitrés pacientes con cáncer de mama fueron revisadas en nuestro servicio en Andalucía (España). Estudiamos los principales datos epidemiológicos y los principales signos y síntomas detectados en la historia clínica, así como los diferentes tipos anatomopatológicos de carcinomas y revisamos la literatura sobre el tema.

33

McMahon MJ, Kuller JA. Assessment of the post-term pregnancy. (Evaluación del embarazo postérmino.) *Am Fam Phys* 1996;54(2):631-6.

El embarazo postérmino es el que se produce después de las 42 semanas de edad gestacional confirmada. El objetivo del tratamiento en este caso es evitar el aborto, la aspiración de meconio y la muerte del feto. La ultrasonografía oportuna no pronostica con precisión la edad gestacional. En los embarazos que exceden las 41 semanas confirmadas, se ha podido determinar el estado del feto mediante la evaluación ultrasónica del volumen del líquido amniótico, así como de la respiración, el tono y el movimiento fetal. Un plan definido de evaluación del embarazo postérmino, debe reducir el riesgo de morbilidad materna, fetal y neonatal.

34

Michels KB, Trichopoulos D, Robins JM, Rosner BA, Manson JE, Hunter DJ, et al. Birthweight as a risk factor for breast cancer. (El peso al nacer como factor de riesgo del cáncer de mama.) *Lancet* 1996;348(9041):1542-6.

A la glándula mamaria no se le presta la debida atención antes del parto, lo cual puede dar lugar a que ésta sea particularmente susceptible a las influencias intrauterinas que condicionan un aumento del riesgo del cáncer por la aceleración de la proliferación celular u otros procesos relacionados con el embarazo. Los estudios de poblaciones migrantes, los datos de animales y las pruebas epidemiológicas limitadas sugieren que el cáncer de mama puede originarse en el útero. En un estudio ajustado de casos y controles, se evaluó si el peso al nacer y otros factores perinatales se asocian con el riesgo de cáncer de mama. Este estudio de casos y controles, se ajustó dentro de las cohortes de dos estudios de la salud de las enfermeras. Se utilizaron cuestionarios para ser respondidos personalmente y obtener información acerca

de las madres de 582 enfermeras con cáncer de mama invasivo y de las de otras 1 569 enfermeras que no padecían la enfermedad (controles). La información acerca de los factores de riesgo del cáncer de mama durante la adultez se obtuvo de las enfermeras; se ajustaron los análisis múltiples de regresión logística para estos factores de riesgo. El peso al nacer fue un elemento predictivo significativo del riesgo de cáncer de mama. En las mujeres con peso de 4 000 g o más al nacer como categoría de referencia, las razones de disparidad ajustadas para el cáncer de mama fueron de 0,86 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,59-1,25), peso al nacer de 3 500-3 999 g; 0,68 (0,48-0,97), para el peso al nacer de 3 000-3 499 g; 0,66 (0,45-0,98) para el peso al nacer de 2 500-2 999 g, y 0,55 (0,33-0,93) para el peso al nacer por debajo de 2 500 g (p por tendencia, 0,004). La prematuridad no tuvo una asociación significativa con el riesgo del cáncer de mama. El peso al nacer se asocia de forma significativa con el riesgo de cáncer de mama, lo cual sugiere que los factores o procesos intrauterinos afectan dicho riesgo en la descendencia. Las elevadas concentraciones de estrógenos durante el embarazo pudieran ejercer una importante influencia en la carcinogénesis mamaria, aunque en esto también pudieran estar implicadas otras hormonas o factores intrauterinos.

35

Miller M. Type II diabetes: a treatment approach for the older patient. (Diabetes tipo II: un enfoque de tratamiento en el paciente anciano.) *Geriatrics* 1996;51(8):43-9.

La diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II) se manifiesta con más intensidad a medida que avanza la edad. La enfermedad va acompañada de un alto riesgo significativo de morbilidad en muchos sistemas orgánicos, así como por el riesgo de muerte prematura. La morbilidad y la mortalidad se vinculan además con una persistente elevación de la concentración de glucosa en sangre de grado moderado. Mediante una dieta adecuada, la reducción del peso, la práctica de ejercicios físicos y la farmacoterapia, se pueden lograr concentraciones de glucosa en sangre cercanas a los niveles normales y reducir la probabilidad de manifestación o progresión de complicaciones provocadas por la diabetes.

36

Napiorkowski B, Lester BM, Freier MC, Brunner S, Dietz L, Nadra A, et al. Effects of in utero substance exposure on infant neurobehavior. (Efectos de la exposición de sustancias en el útero sobre el neurocomportamiento infantil.) *Pediatrics* 1996;98(1):71-5.

Este estudio se propone: 1) valorar el comportamiento infantil mediante el uso de la Escala de Redes de Neurocomportamiento del NICU (NNNS), una evaluación diseñada específicamente para los recién nacidos expuestos a las drogas antes del nacimiento; 2) controlar los efectos de las polidrogas, incluido al alcohol, la marihuana y los cigarrillos sobre el neurocomportamiento del recién nacido. Los sujetos y controles fueron recién nacidos con antecedentes gestacionales normales y sin ningún problema médico. Se evaluaron 20 niños de 1 ó 2 días de nacidos expuestos a la cocaína, al alcohol, la marihuana y a los cigarrillos; otros 17 expuestos al alcohol y/o a la marihuana y los cigarrillos; y a otros 20 libres de esta influencia a partir de la Escala de Redes de Neurocomportamiento de la

Unidad de Terapia Intensiva. Se procesaron los datos para reflejar las categorías clínicamente definidas de la función de neurocomportamiento; luego se chequearon mediante el análisis de varianza y las estadísticas χ^2 . Los recién nacidos expuestos a la cocaína mostraron una creciente actividad motora y de tono, más movimientos desiguales, temblores, sobresaltos, signos del sistema nervioso central y tensión visual, en comparación con aquéllos no sometidos a esta exposición. También manifestaron una evolución visual y auditiva más pobre. No hubo diferencias en la forma en que se administró el examen para los niños expuestos y no expuestos a la cocaína. Se observó, además, una reducción en el peso y la talla en los niños expuestos a la cocaína. Las diferencias atribuibles a los niños expuestos a la cocaína se relacionaron con el funcionamiento motor y muscular, con la orientación durante el seguimiento y con los signos de estrés. Sin embargo, estos niños no fueron más difíciles de chequear, como tampoco requirieron un cambio en el examen. Se observaron patrones de neurocomportamiento en relación con la excitabilidad y el letargo. Los hallazgos pudieran tener su explicación en los efectos sinérgicos de la cocaína con el alcohol y la marihuana.

37

Nguyen TV, Eisman JA, Kelly PJ, Sambrook PN. (Factores de riesgo de las fracturas osteoporósicas en hombres de edad avanzada.) Risk factors for osteoporotic fractures in elderly men. *Am J Epidemiol* 1996;144(3):255-63.

La osteoporosis se reconoce como una causa importante de morbilidad y mortalidad en las mujeres de edad avanzada, aunque también se han realizado algunos estudios epidemiológicos en hombres. Se evaluaron los factores potenciales de riesgo de contraer fracturas osteoporósicas en 820 hombres de 60 años de edad o más, residentes en la ciudad de Dubbo (Australia). Durante el período de seguimiento, desde 1989 a 1994, la incidencia total de las fracturas (determinadas por informes de rayos X) fue de 220 por 10 000 personas-años. El mayor riesgo de sufrir fracturas se asoció con la densidad mineral ósea del cuello del fémur, la debilidad del cuádriceps, la mayor oscilación corporal, las caídas en los 12 meses precedentes, los antecedentes de fracturas en los 5 años anteriores, el más bajo peso corporal y la talla actual más corta. El uso de diuréticos como la tiazida, el incremento de la actividad física y la ingestión moderada de alcohol protegieron contra las fracturas. En el análisis de multivarianza (modelo al azar proporcional de Cox), la densidad mineral ósea del cuello femoral (razón de disparidad [RD] = 1,47, intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,25-1,73 por 0,12 g/cm²), la fuerza del cuádriceps (RD = 1,43, IC del 95 %, 1,18-1,73 por 10 kg) y la oscilación corporal (RD = 1,25, IC del 95 %, 1,07-1,45 por 5,15 cm²) fueron factores de riesgo independientes. Las medidas de prevención de la pérdida ósea y el mantenimiento de la actividad física, un estilo de vida sano y la modificación de los factores de riesgo de sufrir caídas en la edad avanzada, podrían producir efectos beneficiosos en la reducción de la incidencia de la fractura osteoporósica y mejorar, por lo tanto, la supervivencia en el sexo masculino.

38

Reinolds CF III. Depression: making the diagnosis and using SSRIs in the older patient. (Depresión: establecimiento del diagnóstico y utilización de los inhibidores selectivos de la reabsorción de la serotonina [SSRIs] en el paciente de edad avanzada.) *Geriatrics* 1996;51(10):28-34.

La depresión tiende a menudo a no reconocerse y no tratarse en los adultos de edad avanzada, en parte debido a su forma de presentación atípica y a los estados médicos comórbidos que se manifiestan en esta población. La depresión puede coexistir con la demencia y se observa con más frecuencia en pacientes que sufren ciertas enfermedades. La farmacoterapia es una medida efectiva para controlar la depresión de entre el 65 y el 75 % de este grupo de pacientes. A menudo se utilizan también los inhibidores selectivos de reabsorción de la serotonina (SSRIs), en virtud de su probada eficacia, seguridad y tolerancia. Los efectos secundarios más comunes son los trastornos gastrointestinales y el dolor de cabeza, las cuales pueden reducirse disminuyendo la dosis. En comparación con los adultos jóvenes, los ancianos requieren generalmente dosis más bajas, pero muestran una evolución similar en cuanto al tiempo de respuesta al tratamiento antidepressivo.

39

Rifai N, Neufeld E, Ahlstrom P, Rimm E, D'Angelo L, Hicks JM. Failure of current guidelines for cholesterol screening in urban african-american adolescents. (Fracaso de los principios actuales para el monitoreo del colesterol en adolescentes afroamericanos residentes en áreas urbanas.) *Pediatrics* 1996;98(3):383-8.

El Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol (PNEC) y la Academia Americana de Pediatría recomendaron el monitoreo selectivo para detectar a los niños y adolescentes con hipercolesterolemia. Se comparó la efectividad de estas orientaciones con otras estrategias potenciales de monitoreo en los adolescentes afroamericanos residentes en áreas urbanas. Se incluyó en este estudio a 260 adolescentes y adultos jóvenes afroamericanos sanos (192 mujeres y 68 hombres; rango de edad entre los 12 y 20 años) o que no consumían medicamentos que pudieran interrumpir el metabolismo lipídico. Los participantes llenaron un cuestionario relacionado con el hábito de fumar, la presión arterial, el uso de píldoras anticonceptivas, antecedentes familiares de enfermedades cardíacas tempranas, colesterol elevado y cuyos lípidos sanguíneos, lipoproteínas y apolipoproteínas habían sido medidos (152 en ayuna y 108 sin ayunar). El 19 % de los participantes reportaron antecedentes familiares de hipercolesterolemia; el 26 %, de enfermedades prematuras del corazón y el 8 % de ambas. Por lo tanto, el 37 % de éstos se hubieran sometido a monitoreo del colesterol, en comparación con el 25 % pronosticado por el PNEC. Menos del 50 % de los participantes con niveles de colesterol lipoproteínico de baja densidad superiores a 110 ó 130 mg/dL hubieran sido detectados mediante el monitoreo selectivo. El colesterol total fue superior como prueba de la alipoproteína B en el pronóstico de los niveles de colesterol lipoproteínico de baja densidad mayores que 110 mg/dL (sensibilidad 92 % vs. 59 %). Sin embargo, el colesterol total menos el colesterol lipoproteínico de alta densidad, mostró un mejor valor

positivo predictivo (100 %) en los niveles del colesterol lipoproteínico de baja densidad de 110 mg/dL que el colesterol total en los grupos de ayuda (80 %) y total (90 %). En esta población, el monitoreo selectivo con el colesterol total, según las recomendaciones de la PNEC, tiene tan pobre sensibilidad y valor positivo predictivo, que otras opciones podrían ser superiores. Se recomienda como alternativa la medición del colesterol lipoproteínico de alta densidad, junto con el colesterol total, en el paso inicial del monitoreo en los adolescentes y el monitoreo universal para todos aquéllos mayores de 16 años, con lo que se puede obtener una proporción mayor de jóvenes adultos con incremento del colesterol lipoproteínico de baja densidad. Se sugiere, además, ser menos estrictos en la aplicación de los principios terapéuticos establecidos por el II Panel de Tratamiento al Adulto, especialmente para las mujeres premenopáusicas, los hombres menores de 35 años, los adolescentes mayores y los adultos jóvenes.

40

Schwartz AG, Yang P, Swanson GM. Familial risk of lung cancer among nonsmokers and their relatives. (Riesgo de contraer cáncer de pulmón entre los no fumadores y sus familiares.) Am J Epidemiol 1996;144(6):554-62.

Se evaluó la importancia de los antecedentes familiares en la ocurrencia del cáncer de pulmón para el pronóstico de esta enfermedad entre los no fumadores y sus parientes en un estudio de la familia basado en la población realizado en el área metropolitana de Detroit. Los datos de los factores de riesgo del cáncer de pulmón se recopilaron mediante entrevistas telefónicas a 257 pacientes no fumadores en edades comprendidas entre los 40 y los 84 años, diagnosticados entre 1984 y 1987, y a 2 252 de sus familiares, así como a 277 controles no fumadores y a 2 408 parientes de éstos. El cáncer de pulmón en un familiar en primer grado se asoció con el incremento del riesgo de contraerlo en 7,2 veces (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,3-39,7) entre los no fumadores dentro del grupo de edad de 40 a 59 años. Este riesgo significativamente elevado se mantuvo después de ajustar los antecedentes médicos y ocupacionales de cada miembro de la familia de los no fumadores (riesgo relativo [RR] = 6,1; IC del 95 %, 1,1-33,4). Los descendientes de no fumadores conformaron otro grupo de alto riesgo de contraer cáncer de pulmón (RR = 7,2; IC del 95 %, 0,5-103). Los antecedentes familiares positivos no incrementaron el riesgo entre los no fumadores de 60 a 84 años de edad o sus familiares. Estos hallazgos indican que la posibilidad de adquirir cáncer de pulmón en familias de no fumadores puede darse sólo en un subgrupo de familiares.

41

Shmerling R. Rheumatic disease: choosing the most useful diagnostic tests. (Enfermedad reumática: selección de pruebas diagnósticas de mayor utilidad.) Geriatrics 1996;51(11):22-32.

Existen múltiples pruebas para evaluar a los pacientes de edad avanzada con sospecha de sufrir enfermedad reumática. Entre los factores que pueden ayudar a determinar las pruebas más útiles, se cuentan el antecedente individual y el examen físico, además del conocimiento de la posibilidad de ocurrencia de una enfermedad dada en esa población. La utilidad clínica de pruebas habituales como la tasa de sedimentación de los eritrocitos, el factor reumatoideo

y el anticuerpo antinuclear es muy limitada. Otros autoanticuerpos pueden ser útiles en contextos bien definidos. La evaluación radiográfica es útil cuando se sospecha la existencia de problemas particulares, aunque raramente es provechosa como prueba diagnóstica en pacientes a los que se les han manifestado recientemente los síntomas sin tener antecedentes de traumatismos. En determinadas situaciones, se indica otra prueba de diagnóstico específica (por ejemplo, en los casos de dolor en los huesos, neuropatías y vasculitis).

42

Smith TA, House RF, Croghan IT, Gauvin TR, Colligan RC, Offord KP, et al. Nicotine patch therapy in adolescents smokers. (El tratamiento con el parche de nicotina en fumadores adolescentes.) *Pediatrics* 1996;98(4):659-67.

Para evaluar la seguridad, tolerancia y eficacia del tratamiento del parche de nicotina durante 24 horas en los fumadores adolescentes dispuestos a abandonar el hábito, se efectuó un experimento clínico no aleatorio de etiqueta abierta y 6 meses de duración en cinco centros públicos de estudios secundarios superiores ubicados en el área de Rochester, MN. Participaron en él 22 fumadores adolescentes de entre 13 y 17 años de edad y con un hábito de fumar 20 o más cigarrillos por día (cpd), a los que se les aplicó diariamente el tratamiento con el parche de nicotina durante 8 semanas (22 mg/d durante 6 semanas, seguido de 11 mg/d durante otras 2). La asesoría semanal del comportamiento individual y el apoyo de grupo continuó durante 8 semanas con visitas de seguimiento en el tercero y sexto mes y una encuesta enviada por correo al cabo de un año. La abstinencia autorreportada del hábito de fumar se verificó por medio del monóxido de carbono en aire espirado de 8 ppm o menos, los síntomas de desaparición la nicotina, las experiencias adversas y los niveles de nicotina en sangre. Los sujetos tuvieron un promedio \pm desviación estándar del índice del hábito de fumar de $23,3 \pm 5,0$ cpd (rango, 20-35) al inicio del estudio, y de $2,6 \pm 1,6$ años con el hábito; la edad promedio fue de $15,9 \pm 1,2$ años (rango, 13-17), y el 68 % eran mujeres. De los 22 participantes, 19 (86 %) completaron el tratamiento con el parche, 3 (14 %) presentaron cese del hábito validado bioquímicamente en la semana 8, y uno continuó libre del hábito a los 3 y 6 meses después del comienzo con el parche. Hubo un descenso significativo de la línea de base en las puntuaciones promedio de la desaparición de la nicotina para los días 4 y 7 de la semana 1, y promedio para las semanas 2 hasta la 8. Las reacciones de la piel fueron los acontecimientos adversos más comunes que surgieron. Las peores reacciones de la piel observadas fueron el eritema en el 55 % de los participantes, eritema y edema en el 5 %, eritema y vesícula cutánea en el 9 %, mientras que el 32 % no presentó reacciones de la piel. Otras reacciones secundarias reportadas fueron el dolor de cabeza (41 %), las náuseas y el vómito (41 %), el agotamiento (41 %), el mareo (27 %) y el dolor en los brazos (23 %). Ninguna de estas reacciones se consideró grave o como una amenaza para la vida, por lo que no conllevaron la suspensión del tratamiento. Se encontró que los adolescentes tenían niveles más bajos de nicotina en sangre que los adultos con índices comparables del hábito de fumar. Los que fumaban de 20 a 25 cpd presentaron niveles de nicotina de 146 ± 84 (adolescentes) vs. 260 ± 98 (adultos) ng/mL y aquellos que fumaban entre 26 y 35 cpd tenían niveles de 169 ± 73 vs. 276 ± 110 ng/mL, respectivamente. El tratamiento con el parche de nicotina parece ser seguro en los adolescentes fumadores. Se necesitan experimentos con placebo controlado para establecer la eficacia del tratamiento con el parche

Stampfer MJ, Krauss RM, Ma J, Blanche PJ, Holl LG, Sacks FM, et al. A prospective study of triglyceride level, low-density lipoprotein particle diameter, and risk of myocardial infarction. (Estudio prospectivo del nivel de triglicéridos, diámetro de las partículas de las lipoproteínas de baja densidad y riesgo de infarto del miocardio.) JAMA 1996;276(11):882-8.

Para comprobar si el predominio de pequeñas partículas de las lipoproteínas de baja densidad (LBD) y de niveles elevados de los triglicéridos son factores de riesgo independientes del infarto del miocardio (IM), los autores efectuaron un estudio ajustado de casos y controles con muestras acumuladas de forma eventual, como parte de un estudio de cohorte prospectivo. Se acumularon las muestras de sangre en la línea de base (85 % de muestras sin ayunar) de 14 916 hombres con edades entre los 40 y los 84 años. A estos individuos se les efectuó un seguimiento para detectar los casos con diagnósticos de infarto del miocardio. Los casos (n = 266) presentaron un diámetro de la LBD significativamente menor (promedio desviación estándar [DE], 25,6, [0,9] nm), en comparación con los del grupo control (n = 308) vinculados de acuerdo con la edad y el hábito de fumar (promedio DE, 25,9, [8] nm; p < ,001). Los casos también presentaron niveles promedio de los triglicéridos más elevados (1,90 vs. 1,49 mmol/L [168 vs. 132 mg/dL]; p < ,001). El diámetro de la LBD tenía una gran correlación inversa con el nivel de los triglicéridos (r = -0,71), y una elevada correlación directa con el nivel de colesterol de la lipoproteína de alta densidad (r = 0,60). Se observó una significativa interacción multiplicativa entre los niveles de los triglicéridos y del colesterol total (CT) (p = ,01). Después del ajuste simultáneo para los lípidos y una variedad de factores de riesgo coronarios, el diámetro de las partículas de la LBD dejó de ser un indicador de riesgo estadísticamente significativo, con un riesgo relativo (RR) de 1,09 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,85-1,40) por descenso de 0,8-nm. Sin embargo, el nivel de los triglicéridos permaneció significativo, con un RR de 1,40 (IC del 95 %, 1,10-1,77) por aumento de 1,13 mmol/L (100-mg/dL). La asociación entre el nivel de los triglicéridos y el riesgo de IM resultó lineal a través de la distribución; los hombres en el quintil más alto presentaron un riesgo cerca de 2,5 veces mayor que aquéllos que se encontraban en el más bajo. El nivel de TC, pero no el de HDL-C, también permaneció significativo con un RR de 1,80 (IC del 95 %, 1,44-2,26) por aumento de 1,03-mmol/L (40-mg/dL). Estos hallazgos indican que los niveles de los triglicéridos sin ayunar, parecen ser elementos predictivos fuertes e independientes de los riesgos futuros de IM, particularmente cuando el nivel del colesterol también es elevado. Por el contrario, el diámetro de las partículas de las LBD se asocia con el riesgo del IM, pero no después del ajuste para el nivel de los triglicéridos. El incremento del nivel de los triglicéridos, un pequeño diámetro de la partícula de la LBD y niveles disminuidos del HDL-C, parecen reflejar los trastornos metabólicos fundamentales con consecuencias adversas para el riesgo de IM; niveles elevados de los triglicéridos podrían ayudar a identificar los individuos con alto riesgo.

44

Stein CE, Fall CHD, Kumaran K, Osmond C, Cox V, Barker DJP. Fetal growth and coronary heart disease in South India. (Crecimiento fetal y coronariopatía en el sur de la India.) *Lancet* 1996; 348(9037):1269-73.

Se estima que las coronariopatías se convertirán en la causa de muerte más común en la India en los próximos 15 años. Muchos oriundos de la India residentes en el exterior presentan elevados índices de la enfermedad que no han tenido explicación, según los factores de riesgo coronarios conocidos. La baja talla al nacer es un factor de riesgo recientemente descrito, aunque en la India no se han examinado las asociaciones entre estas variables. Se estudiaron 517 hombres y mujeres nacidos entre 1934 y 1954 en un hospital de misión, en Mysore, sur de la India, y que aún residen cerca de éste y donde también se practicó este estudio. Se relacionó la prevalencia de la coronariopatía definida a partir de criterios normalizados en relación con la talla al nacer. De todas las personas, 25 hombres (9 %) y 27 mujeres (11 %) padecían coronariopatía. Su bajo peso, pequeño tamaño y exiguas dimensiones cefálicas al nacer, se asociaron con el incremento de la prevalencia de la enfermedad. La prevalencia fue menor en el 11 % de los individuos que nacieron con un peso de 5,5 lb (2,5 kg) o menos, y en el 31 % de aquéllos cuyo peso al nacer fue de más de 7 lb (3,1 kg), p por tendencia = 0,09. Las tendencias tuvieron una mayor significación estadística entre las personas de 45 años o más ($p = 0,03$ para el peso al nacer, 0,04 para la talla y 0,02 para las dimensiones cefálicas. También se encontraron elevados índices de la enfermedad en individuos, cuyas madres tuvieron un bajo peso corporal durante el embarazo. La mayor prevalencia de la enfermedad (20 %) se produjo en las personas con peso de 5,5 lb (2,5 kg) o menos al nacer, y cuyas madres pesaron menos de 100 lb (45 kg) durante el embarazo. Estas asociaciones fueron en gran medida independientes de los factores de riesgo coronarios conocidos. En la India, al igual que en el Reino Unido, se asocian las coronariopatías con la baja talla al nacer, lo cual sugiere que su patogénesis se ve influenciada por trastornos que tienen lugar en el útero. La asociación con el bajo peso materno corporal es una prueba más de que la enfermedad se origina por insuficiente nutrición fetal. La prevención de la creciente epidemia de esta enfermedad en la India pudiera requerir mejorar la nutrición y la salud de la mujer joven.

45

Steinman T. Kidney protection: how to prevent or delay chronic renal failure. (Protección renal: ¿cómo prevenir o retardar la insuficiencia renal crónica?) *Geriatrics* 1996;51(8):28-35.

En los pacientes con riesgo de contraer insuficiencia renal crónica se han practicado oportunas intervenciones clínicas para prevenir o retardar la progresión de la enfermedad. Al efecto, se recomienda una dieta baja en proteínas cuando la creatinina en suero oscila entre 1,5 y 2,5 mg/dL. Los beneficios de la restricción de la proteína solamente pueden lograrse si el consumo de energía es mayor de 35 kcal/kg/d. Para preservar el sistema osteomuscular, se debe corregir la acidosis metabólica con un suplemento oral de bicarbonato de sodio.

Para el control de la hipertensión y la protección renal, hay que suministrar inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ACE), si la creatinina en suero es inferior a 2 mg/dL. La anemia se debe corregir con la eritropoyetina para mejorar o mantener la calidad de vida cuando los hematocritos descienden por debajo del 30 %. En los diabéticos, los inhibidores de la ACE y el control de la glicemia han demostrado disminuir la frecuencia de la insuficiencia renal.

46

Sunyer J, Muñoz A, Peng Y, Margolick J, Chmiel JS, Oishi J, et al. Longitudinal relation between smoking and white blood cells. (Relación longitudinal entre el hábito de fumar y los glóbulos blancos.) *Am J Epidemiol* 1996;144(8):734-44.

Se compararon los recuentos de leucocitos más elevados en fumadores con los de no fumadores, sin una descripción exacta de la relación longitudinal entre la modificación de la conducta en el hábito de fumar y los cambios en los leucocitos. Desde 1984, se recopilaban datos semestrales mediante el Estudio Multicentro del Grupo de SIDA (MAGS) en un análisis prospectivo de cohorte de cuatro centros especializados en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) realizado en homosexuales del sexo masculino. La población estudiada estuvo compuesta por 2 435 individuos seronegativos de inmunodeficiencia humana (VIH) en septiembre de 1994, a los que se realizaron 20 918 visitas para el análisis. En los individuos que modificaron su conducta en cuanto al hábito de fumar, los cambios en los recuentos de leucocitos se produjeron principalmente durante los seis primeros meses siguientes a la variación del número de cigarrillos fumados. Entre los fumadores que adquirieron de nuevo el hábito, el aumento del recuento de leucocitos estuvo en dependencia del número de cigarrillos consumidos. Específicamente, se observaron incrementos de 241, 340 y 740 células/L en los exfumadores que se reiniciaron como tales con un consumo de menos de una, de una a dos y de más de dos cajetillas diarias, respectivamente. Por otra parte, los fumadores que abandonaron el hábito mostraron una disminución en el recuento de leucocitos: -32, -629 y -1 122 células/L en los que antes consumían una, entre una y dos o más de dos cajetillas al día. De cualquier manera, los exfumadores, a largo plazo, presentaron recuentos de leucocitos aún más elevados que los que nunca fumaron. Se observó una gran correlación en el recuento de leucocitos en las personas que mantuvieron una estabilidad en el número de cigarrillos diarios consumidos. De tal modo, las correlaciones promedio entre dos recuentos de leucocitos en 6 años fueron de 0,51 para los que nunca fumaron, de 0,48 para los exfumadores, de 0,56 para los que fumaban menos de una cajetilla al día y de 0,43 para los que llegaban o sobrepasaban este límite. Los referidos análisis indican que la modificación de la conducta en el hábito de fumar produce un agudo efecto sobre los cambios en el recuento de leucocitos, un efecto residual en los exfumadores y elevados valores a largo plazo en dicha medición.

47

Templeton A, Morris JK, Parslow W. Factors that affect outcome of in-vitro fertilisation treatment. (Factores que afectan el resultado del tratamiento de fertilización *in vitro*.) *Lancet* 1996;348(9039):1402-6.

La efectividad del tratamiento de la fertilización *in vitro* (FIV) depende, desde el punto de

vista clínico, tanto del índice general de éxito terapéutico como de las características de la pareja que lo busca. Desde 1991, la Dirección de Embriología y Fertilización Humana (HFEA) ha estado acumulando información sobre todos los ciclos de la FIV realizados en el Reino Unido. Se ha analizado esta base de datos para identificar los factores que afectan el resultado del tratamiento. Se identificaron todos los ciclos de tratamiento de la FIV y los resultados registrados entre agosto de 1991 y abril de 1994 (52 507). Se excluyeron los ciclos que implicaron a los gametos o la donación del embrión, la transferencia del embrión congelado o la micromanipulación y los ciclos no estimulados. De esta forma, se incluyeron 36 961 ciclos (el 70 % de los registrados) en el análisis. La medición principal de los resultados fue la tasa de nacidos vivos por ciclo comenzado. Se investigó la relación entre la edad y el resultado mediante el ajuste de los diferentes polinómicos fraccionales de la edad con los modelos de regresión logística. Se analizaron todos los demás factores mediante la regresión logística con la edad incluida en el modelo. La tasa total de nacidos vivos por ciclo de tratamiento fue de 13,9 %. Las tasas más altas se produjeron en el grupo de edad de 25 a 30 años; las mujeres más jóvenes presentaron tasas más bajas y hubo un marcado descenso en las mujeres con más edad. En todas las mayores de 30 años, el uso de óvulos de donantes se asoció con una significativa tasa de nacidos vivos más elevada que en aquellas que usaron sus propios óvulos, pero también hubo una tendencia descendiente en el índice de éxito con respecto a la edad ($p = 0,04$). Después de hacer el ajuste para la edad, hubo una significativa disminución en la tasa de nacidos vivos con la creciente duración de la infertilidad de 1 a 12 años ($p < 0,001$). La indicación médica para el tratamiento no conllevó efectos significativos para el resultado. El embarazo anterior y el nacimiento vivo tuvieron un efecto altamente positivo en el éxito del tratamiento. La posibilidad de éxito disminuyó con cada ciclo de tratamiento de la FIV. Se pudieron identificar, por medio de la regresión logística, los factores que afectan de forma significativa el resultado del tratamiento de la FIV, y se logró medir la magnitud de tal efecto. Estos factores deben tenerse en cuenta en la evaluación de los resultados de la FIV. Después de comprobar estos exitosos índices clínicos, dichos factores se pueden utilizar para pronosticar los resultados en casos individuales.

48 Tibbitts GM. Patients who fall: how to predict and prevent injuries. (¿Cómo pronosticar y prevenir las lesiones producidas por caídas?) *Geriatrics* 1996;51(9):24-31.

Aproximadamente el 30 % de las personas mayores de 65 años que son independientes y viven solas, se caen varias veces al año. Las caídas ocasionan fracturas óseas al 5 % de los individuos de este grupo de edad y 250 000 de ellas afectan a la cadera cada año. Los factores de riesgo de las caídas incluyen tanto los aspectos relacionados con el medio como los que tienen que ver con el modo de vida individual. La evaluación del paciente, sus condiciones de vida y cualquier conducta personal insegura, puede identificar a los que corren el riesgo de sufrir una caída. Los esfuerzos por prevenir las caídas en las personas mayores han abarcado la educación, los ejercicios de fortalecimiento, la evaluación de la medicación y el mejoramiento del medio. Los pacientes incluidos en los programas de prevención han mostrado menos tendencia a sufrir caídas y una mayor confianza en la realización de actividades cotidianas.

49

Veale AJ, Peat JK, Tovey ER, Salome CM, Thompson JE, Woolcock AJ. Asthma and atopy in four rural Australian aboriginal communities. (Asma y atopía en cuatro comunidades rurales aborígenes australianas.) MJA 1996;165(4):192-6.

Se efectuó un estudio de población en sección cruzada para determinar la prevalencia y la naturaleza del asma en cuatro comunidades rurales aborígenes de Australia, en Queensland, territorio del nordeste y sur de Australia. Se recopilaron los datos de 1 252 sujetos de 5 a 84 años de edad en agosto de 1990 y agosto/septiembre de 1991. Se evaluaron los síntomas respiratorios, medidos mediante un cuestionario respondido en entrevistas; la hipersensibilidad de las vías respiratorias, mediante la prueba de la histamina, y la alergia, con las pruebas de pinchazo en la piel. La hipersensibilidad de las vías respiratorias fue de $PD_{20}VEF_1$ de histamina 3,9 μ mol. La prevalencia de la hipersensibilidad de las vías respiratorias en las cuatro comunidades osciló desde el 2,2% hasta el 7,5 % y aumentó significativamente con la edad (χ^2 prueba de inclinación: $p < 0,05$). La prevalencia del asma fue del 0,5 % entre los niños mayores de 8 a 12 años de edad y del 3,3 % entre los adultos. La prevalencia total de atopía en las cuatro comunidades osciló entre el 21 % y el 34 %. La alergia a los gatos, ácaros del polvo o al tabaquismo fue un factor de riesgo en la hipersensibilidad de las vías respiratorias, y la alergia a los gatos fue un factor de riesgo en el asma. La prevalencia del asma en los aborígenes adultos de la zona rural es baja en comparación con la prevalencia entre los australianos no aborígenes, y el asma en los niños aborígenes casi no existe. La baja prevalencia de asma se debe, posiblemente, a factores ambientales que influyen en la adquisición de la atopía y la hipersensibilidad de las vías respiratorias.

50

Velie EM, Shaw GM. Impact of prenatal diagnosis and elective termination on prevalence and risk estimates of neural tube defects in California, 1989-1991. (Impacto del diagnóstico prenatal y terminación electiva sobre la prevalencia y estimados de riesgo de los defectos del tubo neural en California, 1989-1991.) Am J Epidemiol 1996;144(5):473-9.

Se examinó el impacto del diagnóstico prenatal y de la interrupción electiva de los embarazos afectados por defecto del tubo neural sobre la prevalencia de éste y los estimados de riesgo. Los datos de prevalencia se determinaron activamente y se derivaron de un grupo de nacimientos ocurridos en California entre 1989 y 1991. Se incluyeron 664 fetos/lactantes por separado con defecto del tubo neural. La prevalencia de nacimientos (nacimientos vivos y partos con productos muertos solamente) constituyó el 48,4 % de la prevalencia total (incluyendo terminaciones electivas) de anencefalia y el 70,2 % de espina bífida. Se utilizaron también datos de entrevistas personales a madres de 538 casos descubiertos con defecto del tubo neural y madres de 539 lactantes (grupo control) sin malformaciones, seleccionados para examinar las características lactante/madre. En comparación con las mujeres que parieron neonatos vivos/productos muertos con defecto del tubo neural, las mujeres que terminaron electivamente los embarazos afectados con este mal eran desproporcionalmente blancas,

tenían mayor nivel educacional, ingresos más elevados e ingerían con más frecuencia vitaminas con ácido fólico. En los factores asociados con las terminaciones electivas, los estimados de riesgo parecieron influir cuando sólo los nacidos vivos y los productos muertos se incluyeron entre los casos comparados con los análisis en que se concentraron todos los embarazos clínicamente reconocidos como afectados por un defecto del tubo neural.

51 Webb E, Ashton CH, Kelly P, Kamali F. Alcohol and drug use in UK university students. (Consumo de alcohol y drogas por estudiantes universitarios británicos.) *Lancet* 1996;348(9032):922-5.

El consumo de alcohol y de drogas ilícitas está aumentando entre los escolares y los adultos jóvenes en Gran Bretaña. Tales aumentos se han apreciado también entre los estudiantes universitarios, por lo que es necesario hacer indagaciones más amplias al respecto en las diferentes universidades y facultades. En el presente trabajo se informa sobre una encuesta realizada en este sentido. La información sobre el alcoholismo, el empleo de la marihuana y de otras drogas ilícitas, sobre variables del estilo de vida, así como las valoraciones subjetivas acerca de la ansiedad y la depresión, se obtuvo a partir de un cuestionario distribuido a una muestra formada por 3 075 estudiantes universitarios de segundo año (1 610 hombres, 1 447 mujeres, más otras 18 personas que no reportaron el sexo) de 10 universidades británicas. El cuestionario se entregó personalmente durante las horas lectivas y lo llenaron casi todos los estudiantes. La muestra reflejó la distribución por facultades y por sexo, así como también la proporción de los estudiantes no blancos existentes en las universidades británicas. El 11 % de los estudiantes no tenían hábito de alcoholismo. Entre los que lo practicaban, el 61 % de los hombres y el 48 % de las mujeres excedían los límites sensatos de 21 y 14 unidades por semana para unos y otras, respectivamente. El 15 % de los alcohólicos reportaron un índice peligroso (36 unidades semanales para las mujeres y 51 para los hombres). El 28 % de los que tenían hábito declaró alcanzar la llamada «borrachera». El 60 % de los hombres y el 55 % de las mujeres reportaron haber consumido marihuana una o dos veces y el 20 % de la muestra confirmó consumirlo habitualmente (semanalmente o con más frecuencia). El 33 % de la muestra reportó tener experiencia con otras drogas ilícitas; las más comunes fueron el LSD y las anfetaminas. El éxtasis (metilendioxyetanfetamina) y el nitrato amil/butil lo había utilizado el 13 %-18 % de los estudiantes. El 34 % de éstos habían consumido varias drogas. El consumo de drogas había comenzado en las escuelas en el 46 % de la muestra; el 13 % comenzó después de entrar a la universidad. La mayoría argumentó el placer como razón para la drogadicción. Las valoraciones subjetivas de la ansiedad en la escala de depresión ansiosa en el hospital fueron elevadas y las dificultades para dormir eran comunes, aunque ninguna se relacionaba con el consumo de alcohol o de drogas. Es necesaria una mejor educación acerca del alcohol, las drogas y la salud en general en las universidades. Tal educación debe incluir a todos los estudiantes. Aún no está claro si los estilos de vida de los estudiantes en la universidad tienen implicaciones en la vida futura de éstos.

52

White E, Jacobs EJ, Daling JR. Physical activity in relation to colon cancer in middle-aged men and women. (Relación entre la actividad física y el cáncer de colon en hombres y mujeres de mediana edad.) Am J Epidemiol 1996;144(1):42-50.

Se realizó un estudio de casos y controles basado en la población para determinar la relación entre la actividad física y el cáncer de colon entre individuos de ambos sexos de 30 a 62 años de edad. El grupo de estudio se constituyó con 251 hombres y 193 mujeres con diagnóstico de cáncer de colon entre 1985 y 1989 en tres distritos de la zona metropolitana de Seattle. El grupo control se formó con 233 hombres y 194 mujeres, mediante un muestreo escogido al azar para aproximar la edad, el sexo y la distribución de los casos por distritos. La actividad física se evaluó con preguntas sobre la frecuencia y la duración de las actividades recreativas y ocupacionales durante un período de 10 años que concluyó 2 años antes del diagnóstico. Cada actividad se clasificó como de baja intensidad (< 4,5 METs) o de moderada a alta intensidad (4,5 METs). En el caso de los hombres y las mujeres combinados, la actividad recreativa moderada o de alta intensidad se asoció con una disminución del riesgo de contraer cáncer de colon (riesgo relativo [RR] dos o más veces a la semana comparado con ninguna = 0,70, intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,49-1,00). Esta relación fue mayor en los hombres que en las mujeres. La actividad ocupacional no se asoció con el cáncer de colon, entre los hombres menores de 55 años (RR para 14,5 horas a la semana de actividad moderada comparada con ninguna = 0,29, IC del 95 %, 0,12-0,69). En los hombres y las mujeres combinados, la actividad de la intensidad total moderada o elevada (la ocupacional y la recreativa) se relacionó marginalmente con el cáncer de colon (RR para 5 horas a la semana comparado con ninguna = 0,78, IC del 95 %, 0,55-1,10). Estos resultados se ajustaron para la edad (y para el sexo en los análisis combinados de este indicador) y no se mezclaron con el índice de masa corporal, los factores dietéticos u otras variables sobre conducta sanitaria. Los resultados de este estudio deben ser un modesto apoyo al número creciente de investigaciones donde se observa que la asociación de la actividad física, ocupacional o ambas, está relacionada con la reducción del riesgo de contraer cáncer de colon.

53

Zhu K, Stanford JL, Daling JR, McKnight B, Stergachis A, Brawer K, et al. Vasectomy and prostate cancer: a case-control study in a health maintenance organization. (Vasectomía y cáncer de próstata: estudio de casos y controles en una organización para la conservación de la salud.) Am J Epidemiol 1996;144(8):717-22.

Se realizó un estudio de casos y controles dentro del Grupo Cooperativo de la Salud de Puget Sound, para evaluar la relación entre la vasectomía previa y el riesgo de contraer cáncer de próstata. El grupo de los casos se constituyó con 175 hombres diagnosticados de cáncer de próstata histológicamente confirmado durante el trienio 1989-1991. Se seleccionó un total de 258 controles, relacionados con los casos de acuerdo con el año de nacimiento y el *status* de sus miembros. Se recopiló la información mediante cuestionarios enviados por correo, las historias clínicas y los registros médicos incluida la vasectomía previa, las mediciones antropométricas, los antecedentes familiares del cáncer de próstata, los hábitos

personales, la utilización de los servicios médicos y los factores demográficos. Los análisis de regresión logística condicional mostraron que los valores de disparidad para el cáncer de próstata asociados con la vasectomía fue de 0,86 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,57-1,32) después del ajuste para los elementos de confusión. Los valores de disparidad estimados no difirieron sustancialmente respecto a la edad al momento de la vasectomía o desde que ésta se practicó. Sin embargo, el estimado de las razones de disparidad para el cáncer de próstata asociado con la vasectomía, tendía a incrementarse entre los hombres que tenían al padre o un hermano con la enfermedad. No obstante, el incremento del riesgo pudiera relacionarse con el sesgo de detección o los índices diferenciales de participación, debido tanto al *status* de la vasectomía como a los antecedentes familiares de cáncer de próstata. Estos resultados no sugieren una asociación total entre la vasectomía y el cáncer de próstata.

Revisiones

Infección por *Chlamydia trachomatis*

Dr. Guillermo Díaz Alonso¹ y Dr. Miguel Angel Rodríguez Rodríguez²

Resumen

La infección por Chlamydia trachomatis es una de las enfermedades de transmisión sexual de mayor incidencia a nivel mundial. La forma clínica asintomática y sus posibles consecuencias la han convertido en un grave problema de salud. Sobre la base de estos conocimientos, se realizó una revisión de la literatura disponible, enfocando aspectos como la epidemiología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento, con el objetivo de actualizar a los médicos de la atención primaria de salud. La búsqueda de la información se obtuvo de forma automatizada (Medline 1994-1996; LILACS 1990-1996) y manual en la Biblioteca Médica Nacional, utilizando como descriptores Infección por Chlamydia trachomatis y Chlamydia trachomatis.

Descriptores: CHLAMYDIA TRACHOMATIS; INFECCIÓN POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS; ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento que se observa en el número de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y ha dado orientaciones sobre esta situación a las autoridades de salud para combatir estas enfermedades. La OMS estima que, aproximadamente, se presentan 250 millones de nuevos casos por año, de los cuales 50 millones son causados por la *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*), por lo que ha sido considerada la ETS de mayor incidencia a nivel mundial, y se ha convertido en una de las prioridades de los programas de salud, debido a su fácil

transmisibilidad y a las secuelas que causa, sobre todo en mujeres y recién nacidos.

Sobre la base de estos datos, nos propusimos realizar una revisión bibliográfica sobre la infección por *Chlamydia trachomatis*, con el objetivo de acopiar, analizar y sintetizar la literatura disponible seleccionada de las bases de datos MEDLINE (1994-mayo 1996) y LILACS (1990-1996), con el propósito de contribuir a la actualización de los médicos en la atención primaria.

La *C. trachomatis* consiste en un grupo de bacterias intracelulares obligadas que se caracterizan por poseer DNA y RNA, cromosomas bacterianos y pared

(1) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento Servicios Especiales de Información. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

(2) Master en Infectología y Enfermedades Tropicales.

celular químicamente similar a las bacterias gramnegativas; además, se dividen por fisión binaria y son sensibles a determinados antibióticos. En comparación con otras bacterias, poseen un genoma pequeño (6-8 x 10⁵ pares de bases) y carecen de enzimas generadoras de ATP, por lo que dependen de manera completa del metabolismo de las células hospederas para la producción de energía. La *C. trachomatis* afecta de manera preferencial las células del epitelio cilíndrico.^{1,2}

Dentro del género *Chlamydia* se encuentran 3 especies: la *Chlamydia psittaci*, que causa infecciones en aves y mamíferos inferiores (los seres humanos son huéspedes accidentales); la *Chlamydia pneumoniae* y la *Chlamydia trachomatis*, que incluye 15 serotipos. Los serotipos A, B, Ba y C se asocian al tracoma, y los comprendidos entre la D y la K, a las enfermedades de transmisión sexual, los serotipos de E y F representan el 70 % de los microorganismos aislados en los genitales. Los serotipos L1 y L2 se asocian al linfogranuloma venéreo y el L3 causa neumonía.³

La *C. trachomatis* muestra diferentes estructuras antigénicas importantes para el diagnóstico. La membrana proteica contiene epítopes específicos de la especie y del serotipo y un antígeno lipopolisacárido que es común a todas las especies y, por tanto, específico de un orden que se asemeja al antígeno de algunas bacterias gramnegativas, por lo que puede provocar reacciones cruzadas.

Epidemiología

La prevalencia de la infección por *C. trachomatis* fluctúa entre el 3 % en mujeres y hombres vistos en una población asintomática, y hasta más del 20 % de los pesquisados en las clínicas para ETS.^{4,5} Entre las mujeres adolescentes sexualmente activas la prevalencia es superior al 10 % y,

en los hombres, la prevalencia de enfermedad asintomática es cinco veces más alta, sobre todo en los adolescentes.⁶

Taylor-Robinson estima una prevalencia de infección por *C. trachomatis* del 12 % en las mujeres en edad reproductiva, y añade que este microorganismo causa la mitad de todos los casos de cervicitis y aproximadamente el 60 % de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), y que tal vez sea la causa de la mitad de los casos de uretritis no gonocócica (UNG), en lo que coincide con otros autores que responsabilizan a la *C. trachomatis* con el 50 % de los casos de UNG y de la mayoría de los casos de cervicitis.^{2,5,7}

Los estudios realizados en diferentes países para determinar el comportamiento de las infecciones muestran datos alarmantes. El Centro de Control de Enfermedades (CCE) de Atlanta reportó que en los Estados Unidos la infección por *C. trachomatis* se ha convertido en la ETS de mayor incidencia, con más de 4 millones de casos anuales. El costo directo e indirecto de esta infección excede anualmente los 2,4 billones de dólares.⁸

En Europa, en un trabajo realizado en Suecia, se encontró una seroprevalencia del 24,7 % en mujeres sexualmente activas, mediante el método de cultivo y pruebas serológicas para anticuerpos.⁹ Mainkhard y Borisov hallaron en Bulgaria una prevalencia de la infección del 26,1 %, utilizando técnicas de inmunofluorescencia.¹⁰

En el continente asiático, una investigación realizada en China tuvo como resultado una prevalencia del 13 % en hombres atendidos en clínicas de ETS y del 37,6 % en mujeres prostitutas, utilizando cultivos.¹¹

En Latinoamérica, un estudio realizado en 1991 en Argentina, detectó la infección mediante cultivo en el 50 % de los hombres que acudieron a los servicios de ETS y en el 20,7 % en los hombres que concurrieron a un servicio de urología general. En relación

con las mujeres, se detectó el 13,3 % en las que acudieron a un servicio de ginecología y el 4,3 % en las que lo hicieron a las consultas de infertilidad.¹² En México se detectó una incidencia, en mujeres, del 28,4 %, y en Chile, del 29,5 %, con el empleo de inmunofluorescencia y anticuerpos monoclonales.^{13,14}

Los factores de riesgo identificados son la presencia o coinfección con otra ETS, la conducta sexual (el no uso de anticonceptivos de barrera), el número de compañeros sexuales, la edad menor de 18 años en la primera relación sexual, antecedentes de terapia de aborto y de inflamación pélvica, el grupo de edad menor de 24 años, la candidiasis a repetición, la raza negra en los Estados Unidos, el estado socioeconómico bajo y la prostitución.^{6,9,11,15,16}

El período de transmisión de esta enfermedad se desconoce y el de incubación, aunque no se ha definido con claridad, probablemente sea de 7 a 14 días. La susceptibilidad es general y no se ha demostrado inmunidad adquirida.¹⁷

Cuadro clínico y complicaciones

En la mayoría de los pacientes, la infección es superficial y afecta la mucosa del ojo, de la nasofaringe, del cérvix, la uretra y el recto. Muchas de estas afecciones son asintomáticas o producen pocos síntomas, lo que hace difícil el diagnóstico. Se reporta que las dos terceras partes de las mujeres infectadas y casi un cuarto de los hombres infectados son asintomáticos. La infección ascendente afecta al endometrio, las trompas de Falopio, la cápsula hepática y el epidídimo, y provoca síntomas y signos más graves.^{1,5,18}

En las mujeres sintomáticas, el signo más común es la secreción vaginal debida a la cervicitis mucopurulenta, aunque algunas refieren manchas de sangre durante el coito. Al examen físico se observa un cuello uterino edematoso, eritematoso, sangrante,

cubierto con una secreción amarillenta verdosa, aunque se pueden observar otros tipos de secreciones.

El 40 %, de las mujeres con cervicitis mucopurulenta, aproximadamente refieren manifestaciones propias de la endometritis que frecuentemente también puede aparecer relacionada con una salpingitis, por lo que se deben realizar exudados adicionales. En ocasiones la endometritis se presenta después del parto, y se manifiesta entre 2 días y 6 semanas después de éste. Si el exudado del endocérvix es negativo, no se excluye la posibilidad de infección.

En aquellas mujeres que refieren dolor anexial o bilateral, se puede sospechar un cuadro de salpingitis, que se está identificando con una frecuencia creciente como causa importante de morbilidad.^{5,16,19}

Se plantea que en alrededor del 3 al 5 % de las mujeres que padecen EIP, ésta se puede presentar como un cuadro de perihepatitis, conocido como el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. El cuadro clínico de este síndrome es inespecífico y puede ser confundido con procesos inflamatorios o infecciosos del sistema digestivo y respiratorio en los cuales la manifestación fundamental es el dolor en el hipocondrio derecho. El diagnóstico se debe sospechar en aquellas mujeres con vida sexual activa que tengan antecedentes de EIP, y más si existe evidencia que ésta sea causada por la *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) y/o la *C. trachomatis*. El diagnóstico se realiza con la visualización directa de las adherencias perihepáticas por laparoscopia o laparotomía. El tratamiento medicamentoso es efectivo y en algunos casos se requiere la extirpación quirúrgica.^{20,21}

Otras formas de presentación constituyen secuelas o complicaciones de otras afecciones, tales como la salpingitis y la endometritis crónica, la infertilidad tubárica y el embarazo ectópico. La salpingitis aguda repetida puede provocar oclusión de las trompas, aunque la esterilidad tubárica no

necesariamente debe estar precedida de una salpingitis aguda.^{19,22-24}

Videla y colaboradores, en un estudio con un grupo de mujeres embarazadas y en otro de mujeres estériles, encontró que la media geométrica de títulos de anticuerpos contra la *C. trachomatis* fue mayor en las mujeres estériles.²⁵

Durante el embarazo, el 25 % de las pacientes infectadas por *C. trachomatis* puede desarrollar endometritis y salpingitis, además de un mayor número de abortos, partos prematuros, rotura prematura de la membrana y corioamnionitis. El mecanismo por el cual esta infección puede desencadenar el parto prematuro se debe a que la *C. trachomatis* es un patógeno importante de producción de fosfolipasa, que activa el ácido araquidónico del amnios y el corion, lo que estimula la producción y liberación de prostaglandinas.^{23,26}

Entre el 15 y el 25 % de los recién nacidos que pasan por el cuello uterino infectado presentan conjuntivitis, y del 3 al 16 % desarrollan neumonía; además, es posible que contraigan infecciones rectales y vaginales.⁸

En las mujeres, la infección uretral con disuria y piuria, la proctatitis, la faringitis, la bartolinitis y los quistes de la glándula de Bartolino son manifestaciones menos frecuentes.⁴ La infección por *C. trachomatis* en el canal endocervical ha sido relacionada, como las otras ETS, con un mayor peligro de contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana; y se ha reportado la asociación de la *C. trachomatis* y el virus del papiloma humano como factor predisponente en la etiopatogenia de la neoplasia del cuello uterino.^{27,28}

En los hombres las infecciones del tracto urinario son mucho más sintomáticas. Las manifestaciones clínicas de la uretritis son prácticamente indistinguibles de la blenorragia, aunque en ocasiones se presentan con secreción opaca en cantidad moderada o escasa y ardor al orinar.

Las infecciones por *C. trachomatis* y por *N. gonorrhoeae* pueden ser adquiridas al mismo tiempo.¹⁷

La UNG tiene un período de incubación de 7 a 21 días después del contacto sexual. Se presenta con disuria y secreción uretral que puede ser blanquecina o clara. Los síntomas suelen ser agudos por la mañana, cuando los bordes del meato uretral están a menudo pegados por secreciones secas. Al examen físico el meato uretral aparece eritematoso con signos de secreciones secas en la ropa interior del enfermo. De forma esporádica el inicio del cuadro clínico es agudo, con disuria o polaquiuria y emisión abundante de exudado purulento.^{2,29}

En los hombres jóvenes heterosexuales que acuden con cuadro clínico de epididimitis sintomática, la infección por *C. trachomatis* ha sido señalada como la causa principal, por lo que cualquier hombre que asista con dolor testicular, con o sin secreción uretral, debe ser valorado para detectar la infección. La *C. trachomatis* también puede causar proctitis en los hombres y en las mujeres que practican el coito anal sin protección. Por lo tanto, las mujeres y los hombres homosexuales con dolor anorrectal, tenesmo, sangramiento y secreción, deben ser valorados con cultivo.⁵

El síndrome de Reiter, un complejo clínico constituido por uretritis, conjuntivitis y artritis reactiva, ha sido asociado a la infección por *C. trachomatis* más frecuentemente en hombres que en mujeres.³⁰

La conjuntivitis por *C. trachomatis* en el recién nacido se caracteriza por ser una afección aguda con abundante exudado purulento que suele comenzar entre los 5 y los 12 días posteriores al nacimiento. La etapa aguda cede espontáneamente en unas cuantas semanas, pero sin tratamiento la inflamación de los ojos puede persistir incluso durante un año o más y dejar cicatrices leves en la conjuntiva e infiltración en la córnea. En los niños y en los adultos

se observa conjuntivitis folicular aguda junto con linfadenopatía preauricular en el lado afectado, hiperemia e infiltración y exudado mucopurulento agudo, a menudo con afección superficial de la córnea. En los adultos puede haber una fase crónica con exudado mínimo y síntomas que, sin tratamiento, a veces persisten por un año o más.¹⁷ La tetraciclina tópica, la eritromicina y el nitrato de plata no son muy efectivos en la prevención de la conjuntivitis neonatal por *C. trachomatis*.

Exámenes de laboratorio

El cultivo es considerado como la prueba de oro para la detección de la *C. trachomatis*, con una especificidad del 100 % y sensibilidad superior al 90 %, aunque la variación de la sensibilidad puede disminuir en los laboratorios en los cuales el procesamiento de la muestra no sea meticuloso.⁸ Debido a la alta especificidad, los cultivos deben ser indicados cuando no sea aceptable una prueba rápida falsa-positiva, como en los casos de violación sexual. La desventaja del cultivo radica en que, debido a la complejidad técnica durante su procesamiento en los laboratorios, se requiere de 3 a 7 días para obtener los resultados y transportación especial. Los cultivos son más costosos que las pruebas sin cultivos.^{5,6,31}

Las pruebas rápidas de diagnóstico sin cultivo para detectar la *C. trachomatis* son aproximadamente tan específicas (del 96 al 99 %) como los cultivos, aunque su sensibilidad es más baja (del 70 al 90 %) cuando se compara con un cultivo. Las pruebas sin cultivos tienen la ventaja de la fácil transportación y procesamiento, y requieren sólo de 10 minutos a 4 horas para la obtención de resultados. Las pruebas más usadas son las de anticuerpos de fluorescencia, la de inmunoensayo enzimático y la de hibridación de ácidos nucleicos.

Existen diferentes estuches diagnósticos con alta especificidad y sensibilidad, con precios que oscilan entre los 8 y los 14 dólares por prueba.⁶

Una prueba de pesquisaje positiva en pacientes con bajos riesgos de infección por *C. trachomatis* debe ser confirmada, dadas las graves implicaciones asociadas con un diagnóstico de infección y los posibles falsos-positivos. Las recomendaciones del CCE plantean la verificación de resultados de una prueba positiva inicial de *C. trachomatis* en aquellas personas que han tenido una prueba sin cultivo positiva y tengan bajo riesgo de infección o en aquellas en las cuales descartar la infección puede conducir a un *distres* social y psicológico.^{6,8}

Debido a que no siempre es posible comprobar directamente la presencia de la *C. trachomatis* en las infecciones urogenitales, son de importancia diagnóstica la determinación de anticuerpos IgG e IgA contra la *Chlamydia*. El elevado título de anticuerpos en relación con los síntomas clínicos, hacen sospechar una infección activa. Los anticuerpos IgM no siempre están presentes. Aunque es improbable que no pueda comprobarse la presencia de anticuerpos en sangre, no puede descartarse una infección mediante la determinación de éstos.¹⁹

Con el fin de elevar al máximo la sensibilidad de estas pruebas, la técnica que se utiliza en la toma de la muestra durante el examen pélvico es muy importante. Se recomienda que la muestra para la *C. trachomatis* sea obtenida después de la prueba de Papanicolaou y el examen para el diagnóstico de *N. gonorrhoeae*. Las secreciones vaginales y cervicales deben ser retiradas antes de la toma de la muestra y se debe usar escobillas o aplicadores plásticos o metálicos, porque los de madera contienen sustancias tóxicas para la *C. trachomatis*. La torunda debe ser insertada 1 ó 2 centí-metros dentro del canal endocervical y hacerla rotar de 10 a 20 segundos.

Es importante no tocar la pared vaginal al retirar la, ya que las secreciones vaginales pueden contaminar la muestra. El exudado uretral debe hacerse, como mínimo, dos horas después de la micción.^{8,32,33}

La prueba de pesquisaje del tracto urinario incluye el Gram en orina para observar la presencia de leucocitos y la prueba de esterasa de leucocitos.

Ambas pruebas han sido sugeridas como métodos iniciales de pesquisaje de costo-efecto para la uretritis, pero no son específicas para detectar la presencia de la *C. trachomatis* y el lugar de la infección. La infección del tracto urinario o la uretritis gonocócica también producen falsos-positivos.⁵

La prueba de esterasa de leucocitos tiene un valor positivo predictivo del 16 % en poblaciones con una prevalencia del 7 %, por lo que estas pruebas deben ser confirmadas por otras más específicas para la *C. trachomatis*. La prueba de esterasa de leucocitos, seguida de una de inmunoensayo enzimático, tiene una sensibilidad del 67 % y una especificidad del 100 %.³⁴

En un estudio de mujeres con cervicitis mucopurulenta, la presencia de 10 o más leucocitos polimorfonucleares por campo en una muestra con coloración de Gram a una observación de 1 000 x, sugirió la infección cervical por *C. trachomatis* y no por blenorragia.⁵

Pesquisaje

Debido a la alta incidencia de la infección por *C. trachomatis* y la confiabilidad de los métodos diagnósticos, el CCE de Atlanta ha formulado las recomendaciones de pesquisaje selectivo. El mismo se recomienda en:⁸

- Adolescentes sexualmente activos.
- Mujeres con edades entre 20 y 24 años que se ajusten a alguno de los siguientes criterios o mujeres de más de 24 años que respondan a ambos:

a) Uso irregular de anticonceptivos de barrera.

b) Una nueva pareja sexual o que hayan tenido más de un compañero sexual durante los últimos 3 meses.

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que solicitan interrupción del embarazo.
- Mujeres con cervicitis mucopurulenta en el examen pélvico, independientemente de los síntomas.
- Mujeres y hombres homosexuales con dolor anorrectal, tenesmo, sangramiento y secreción uretral.
- Hombres con dolor testicular con o sin secreción uretral.

Tratamiento

Los pacientes con enfermedad sintomática deben ser sometidos a examen diagnóstico para *C. trachomatis*, pero el tratamiento no debe esperar los resultados, debido a que la prevalencia de infección en estos pacientes es alta. Todo paciente asintomático que tenga un resultado positivo en un pesquisaje debe ser tratado, pero si tiene bajo riesgo de infección debe ser confirmado con una segunda prueba.^{5,6,35}

El tratamiento también se indicará a la pareja sexual y a todas las personas con las cuales el paciente infectado ha tenido contacto sexual durante los últimos 60 días; si el paciente no ha tenido relaciones sexuales en este período, el último compañero sexual debe ser tratado.⁸

Las fallas en el tratamiento recomendado son raras, por lo que no es necesario efectuar el examen para determinar si el paciente está curado, a menos que declare que ha tenido relaciones sexuales sin una protección adecuada con una pareja infectada o haya dudas respecto al seguimiento del tratamiento.³⁶

En las embarazadas con un resultado positivo de infección en una etapa temprana del embarazo, es conveniente la repetición

del examen entre las 30 y las 34 semanas. En el caso de la uretritis, si no se cuenta con instalaciones de laboratorio para aislar este microorganismo, es mejor tratar a todos los casos de UNG y sus parejas sexuales como si se tratara de una infección por *C. trachomatis*.¹⁷

Esquema terapéutico^{5,6,37}

Recomendado

Doxiclicina: 100 mg cada 12 horas por vía oral durante 7 días.

Azitromicina: 1 g en dosis única por vía oral. Efectos secundarios: náuseas, vómitos, dolor abdominal.

Alternativo

Ofloxacina: 300 mg cada 12 horas por vía oral durante 7 días.

Tetraciclina: 500 mg cada 6 horas por vía oral durante 7 días.

Eritromicina: 500 mg cada 6 horas por vía oral durante 7 días.

Nota: La ofloxacina no es recomendable en adolescentes menores de 17 años.

Recomendado durante el embarazo (después de las 14 semanas)

Eritromicina: 500 mg cada 6 horas por vía oral durante 7 días.

Si no puede ser tolerado:

Eritromicina: 250 mg cada 6 horas por vía oral durante 14 días.

Amoxicilina: 500 mg cada 8 horas por vía oral de 7 a 10 días.

En pacientes hospitalizados

Cefoxitín: 2 g por vía intravenosa (según evolución) y doxiclicina: 100 mg cada 12 horas por vía oral durante 14 días.

En embarazadas hospitalizadas

Clindamicina por vía intravenosa o eritromicina o gentamicina en las dosis

mencionadas hasta las 48 horas siguientes al cese de la fiebre, seguida de la eritromicina por vía oral: 500 mg cada 6 horas durante 14 días.

Referencias bibliográficas

1. Stamm WE. Enfermedad por Clamidia. En: Tratado de Medicina de Cecil. México, DF: Interamericana, 1989;t 1:1910-4.
2. Enfermedades causadas por *Chlamydia*. En: El Manual Merk. 9 ed. Barcelona: Mosby-Doyma, 1994:197-8.
3. Ward E. The immunobiology and immunopathology of *Chlamydia* infections. APMIS 1995;103(11):769.
4. OPS. Las condiciones de salud en las Américas. Washington: OMS/OPS, 1994; vol 1:194. (Publicación Científica; 549).
5. Heath CB, Heath JM. *Chlamydia trachomatis* infection update. Am Fam Physician 1995;52(5):1455-61.
6. Skolnik NS. Screening for *Chlamydia trachomatis* infections. Am Fam Physician 1995;51(4):821-6.
7. Taylor-Robinson D. *Chlamydia trachomatis* and sexual transmitted diseases. Br Med J 1994;308:150-1.
8. Center for Diseases Control and Prevention. Recommendations for the prevention and management of *Chlamydia trachomatis* infections 1993. MMWR 1993;42:1-39.
9. Jonsson M, Karlsson R, Persson K, Juló P, Edlund K, Evander M, et al. The influence of sexual and social factor in the risk of *Chlamydia trachomatis* infections: a population-based serologic study. Sex Transm Dis 1995;22(6):355-63.
10. Mainkhard K, Borisov I. The directed immunofluorescence test for diagnosis of *Chlamydia trachomatis* in gynecology [abstract]. Akush Ginekol (Sofia) 1995;34(11):14-6.
11. Bai H, Bo N, Huan L, Dong JZ. Prevalence of genital *Chlamydia trachomatis* infections in selected population in China. Sex Transm Diseases 1995;22(6):383-4.
12. Giovannini N, Suárez de Basnec MC, Zapata M. Aislamiento de *Chlamydia trachomatis* en poblaciones con diferentes riesgos de infección. Rev Argent Microbiol 1991;23(3):146-54.
13. Rosa Arseo J, Toca PL, Díaz EC, Nava FJ. Infección por *Chlamydia trachomatis* en cérvix uterino. Ginecol Obstet Mex 1993;61(11):326-8.

14. Reisengger E, Gunther S, Jaime Garay O. Detección de *Chlamydia trachomatis* por inmunofluorescencia directa con anticuerpos monoclonales. ETS Rev Chil Enf Transm Sex 1992;7(1):5-9.
 15. Jolly AM, Orr PH, Hammond G, Young TK. Risk factor for infection in women under joint testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in Manitoba in Canada. Sex Transm Dis 1995;22(5):289-95.
 16. Oakeshott P, Hay P. General practice update: *Chlamydia* infection in women. Br J Gen Pract 1995;(400):615-20.
 17. OPS. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Washington: OPS/OMS 1992:293. (Publicación Científica; 538).
 18. Kassler WS, Cates W. The epidemiology and prevention of sexually transmitted diseases. Urol Clin North Am 1992;19:1-12.
 19. Dieteries S. *Chlamydia infection* in gynecology and obstetrics. Geburtshilfe Frauenheilkd 1995;55(9):510-7.
 20. Sanhueza P. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Perinatol Reprod Hum 1995;5(4):181-5.
 21. Joseph AT. Perihepatitis in women with salpingitis: an under diagnosed clinical entity? Genitourin Med 1995;71(5):331-2.
 22. Lan J, Van Der Brule AJ, Hemrika DJ, Risse EK, Walbbomers JM, Schipper ME, et al. *Chlamydia trachomatis* and ectopic pregnancy retrospective analysis of salpingectomy specimens endometrial biopses and cervical smear. J Clin Pathol 1995;48(9):815-9.
 23. Majeroni BA. Chlamydial cervicitis complications and new treatment option. Am Fam Physician 1994;49(8):1825-9.
 24. Daya S. Issues in the etiology of recurrent spontaneous abortion [abstract]. Curr Opin Obstet Gynecol 1994;6(2):153-9.
 25. Videla C, Carballal G, Kekiklian G, Juárez C, Gómez MM, Filippo E. *Chlamydia trachomatis* y esterilidad por obstrucción tubaria. Medicina (Buenos Aires) 1994;54(1):642-3.
 26. Obstetricia, Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1995:283.
 27. Eron JJ, Gilliam B, Fiscus S, Dyers J, Cohen MS. HIV 1 shedding and chlamydial urethritis [letter]. JAMA 1996;275(1):36.
 28. González Sánchez JL, Flores Avilés X, Gómez Campos G, Montero Ramírez A. Asociación de *Chlamydia trachomatis* y virus del papilovirus humano como factores predisponentes en la etiopatología de la neoplasia intraepitelial cervical. Ginecol Obstet Mex 1995;63:422-6.
 29. Schmid GP, Fontanarosa PB. Envolving strategies for management of the nongonococcal urethritis syndrome. JAMA 1995;274(7):577-9.
 30. Kirchner JT. Reiter's syndrome: a possibility in patient with reactive arthritis. Postgrad Med 1995;97(3):111-2.
 31. Woods GL. Update on laboratory diagnosis of sexually transmitted diseases. Clin Lab Med 1995;15(3):665-84.
 32. Kellong JA, Seiple JW, Hick ME. Cross-reaction of clinical isolates of bacteria and yeast with the chlamydiazyme test for chlamydial antigen before and after use of a blocking reagent. Am J Clin Pathol 1992; 97:309-12.
 33. Lee H, Chernesky AM, Schachter J, Burcza KJ, Andrews W, Muldoon S, et al. Diagnosis of *Chlamydia trachomatis* genitourinary infection in women by ligase chain reaction assay of urine. Lancet 1995;345:213-6.
 34. Shafer MA, Schachter J, Moncada J, Keogh I, Pantell R, Gourlo L, et al. Evaluation of urine-based screening strategies to detect *Chlamydia trachomatis* among sexually active asymptomatic young males. JAMA 1993;270:2065-70.
 35. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR 1993;42:47-52.
 36. Workowski KA, Lampe MF, Wong KG, Watts MB, Stamm WE. Long-term eradication of *Chlamydia trachomatis* genital infection after antimicrobial therapy: evidence against resistant infection. JAMA 1993;270:2071-5.
 37. Tratamiento de las infecciones genitales causadas por *Chlamydia trachomatis*. Med Terap 1995;14(2):7-9.
- Recibido:** 6 de febrero de 1997.
Aprobado: 7 de marzo de 1997.
- Dr. *Guillermo Díaz Alonso*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Calle 27 No. 110. Apto. 6520. El Vedado, Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba. CP 10400.