

# RESUMED

## Contenido

Vol. 9, No. 3, septiembre-diciembre de 1996

---

### Editorial 98

El objetivo primario de RESUMED

*José A. López Espinosa*

### Resúmenes de artículos científicos 101

Índice de materias

### Resúmenes 106

### Revisiones 139

Panorama infeccioso actual

*Moisés Morejón García*

---

#### 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.  
Am J Public Health (*American Journal of Public Health*), Washington, D.C., EE.UU.  
Ann Intern Med (*Annals of Internal Medicine*), Filadelfia, EE.UU.  
Cancer (*Cancer*) Filadelfia, EE.UU.  
JAMA (*Journal of the American Medical Association*), Chicago, EE.UU.  
J Pediatr (*Journal of Pediatrics*), San Luis, EE.UU.  
J Rheumatol (*Journal of Rheumatology*), Toronto, Canadá.  
J Urol (*Journal of Urology*), Baltimore, EE.UU.  
Lancet (*The Lancet*), Londres, Inglaterra.  
Med J Aust (*Medical Journal of Australia*), Sidney, Australia.  
Münch Med WSCHR (*Münchener Medizinische Wochenschrift*), Munich, Alemania.

## Editorial

### El objetivo primario de RESUMED

*Los resúmenes forman parte de la vida científica, pues casi todos los artículos que se publican en revistas especializadas en los campos de las ciencias naturales y aplicadas van precedidos actualmente de este importante componente.*

*Se ha reconocido tradicionalmente que un resumen es el producto de la reducción a términos breves y precisos de lo esencial de un asunto o materia, cuyo propósito fundamental es facilitar la determinación de la relevancia del texto original.<sup>1</sup>*

*En virtud de su principal característica: contener información reducida desde el punto de vista cuantitativo y transformada semántica y estructuralmente, como resultado del procesamiento analítico-sintético de las fuentes primarias, los resúmenes ofrecen hoy día la posibilidad de mantener a la comunidad científica al corriente de las nuevas investigaciones o de la aplicación práctica de sus resultados.*

*Partiendo del criterio de que los resúmenes, al igual que los artículos, las reseñas y otros textos científicos, no sólo son partícipes, sino también componentes de la comunicación científica,<sup>2</sup> se puede entonces deducir la gran importancia de las revistas referativas como recurso que permite el acceso oportuno a las nuevas contribuciones que se aportan constantemente al desarrollo de la ciencia y la tecnología.*

*En el caso específico de las ciencias de la salud, este tipo de publicación cobra aún mayor significación. Ello se explica, por una parte, por la tradicional condición de todo médico de ser, a la vez, generador y receptor constante de nuevos conocimientos y experiencias para tratar viejos problemas o nuevas enfermedades<sup>3</sup> y, por otro lado, por el hecho de que la gran proliferación actual de literatura científicomédica dificulta el acceso a estas nuevas proposiciones o procedimientos.*

*En una época donde se estima que aproximadamente cada cinco minutos se produce un nuevo hallazgo en medicina, y en cuyo marco se publican anualmente más de dos millones de artículos en más de 20 000 revistas,<sup>4</sup> se ha impuesto la necesidad de establecer mecanismos que permitan agilizar el flujo de información entre los que la generan y los que deben recibirla.*

*Si una revista referativa es por definición una publicación secundaria, cuya función principal es diseminar en forma extractada la información de actualidad contenida en documentos primarios que se publican periódicamente,<sup>1</sup> no cabe duda que RESUMED constituye un mecanismo de acceso a la producción científica internacional que, por sus características, debe resultar en lo adelante de mayor interés y utilidad para el médico dedicado al sector asistencial en general y para el especialista y el residente en medicina general integral en particular. De ahí que, a partir del año en curso, se puede hablar de la nueva época de RESUMED, en tanto que, además de servir de*

*paliativo para mitigar los efectos de la sobreabundancia de información publicada, representa un complemento importante en la actualización de los médicos de la familia y demás especialistas y técnicos dedicados a la atención primaria.*<sup>5</sup>

*El desarrollo de la información científicomédica, más que un fenómeno aislado, es una manifestación estrechamente relacionada con la evolución de la ciencia, sobre la que a su vez han influido de manera decisiva el incremento numérico de los científicos y, por consiguiente, de generadores de información y de productores de documentos publicados en diferentes idiomas. La facilidad que brinda RESUMED de reproducir en español la información redactada originalmente en otras lenguas, la ubica entonces como una publicación única en su tipo, por cuanto, al salvar de oficio la barrera lingüística, ahorra tiempo y esfuerzo en la ampliación y actualización de los conocimientos y promueve una mayor productividad en la aplicación de éstos en la práctica asistencial, lo que debe redundar, por supuesto, en una mayor calidad de la atención a la población.*

Ese es, pues, su objetivo primario.

### **Referencias bibliográficas**

1. Wersig G, Neveling U, comps. Terminology of documentation. Paris: UNESCO, 1976:143.
2. Radzievskaya TV. El texto del resumen en el aspecto linguo-pragmático. Act Inf Cient Técn 1987;18(5):3-20.
3. Rangel Abundis A. El médico escritor [editorial]. Arch Inst Cardiol Méx 1996;66(3):199-201.
4. Mircheff J. Spanish for medical professionals: software reviews. Bull Med Libr Assoc 1993;81(3):459-60.
5. Santana Gómez JL. RESUMED: una publicación útil para los profesionales de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 1995;11(4):385-6.

### **José Antonio López Espinosa**

Departamento de Procesamiento de la Documentación.  
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

# Resúmenes de artículos científicos

## INDICE DE MATERIAS\*

<i>ACTIVIDADES COTIDIANAS</i> /psicología 17	<i>ARTRITIS</i> /diagnóstico 27
<i>ADENOCARCINOMA</i> /etiología 55	<i>ARTRITIS REUMATOIDEA</i> /diagnóstico 42, 52
<i>ADENOCARCINOMA</i> /genética 55	<i>ARTRITIS REUMATOIDEA</i> /fisiopatología 19
<i>ADMINISTRACION POR INHALACION</i> 2, 34	<i>ARTRITIS REUMATOIDEA</i> /quimioterapia 19
<i>ADOLESCENCIA</i> 37	<i>ASMA</i> /diagnóstico 48
<i>AMENORREA</i> 24	<i>ASMA</i> /epidemiología 48
<i>ANALISIS DE REGRESION</i> 36	<i>ASMA</i> /etiología 36
<i>ANCIANO FRAGIL</i> /psicología 17	<i>ASMA</i> /etnología 36
<i>ANCIANOS DE 80 AÑOS Y MAS</i> 49	<i>ASMA</i> /fisiopatología 48
<i>ANENCEFALIA</i> /epidemiología 6, 7	<i>ASMA</i> /quimioterapia 2, 48
<i>ANENCEFALIA</i> /etiología 7	<i>ATENCION PERINATAL</i> 36
<i>ANENCEFALIA</i> /etnología 6, 7	<i>ATENCION PRENATAL</i> 36
<i>ANOMALIAS</i> /diagnóstico 35	<i>ATENCION PRENATAL</i> /estadísticas 28
<i>ANO</i> /patología 33	<i>ATENCION PRIMARIA DE SALUD</i> 40
<i>ANSIEDAD</i> /complicaciones 16	<i>AUMENTO DE PESO</i> 38
<i>ANTIBIOTICOS</i> /uso terapéutico 32	
<i>APTITUD FISICA</i> 3	<i>CAFEINA</i> /efectos adversos 54
<i>APTITUD FISICA</i> /fisiología 8	<i>CAFEINA</i> /farmacología 11

---

\* Los números ubicados en la línea inferior de cada descriptor remiten al resumen correspondiente.

**CAMINATA**  
3

**CAMINATA/fisiología**  
8

**CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS/diagnóstico** 30

**CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS/patología** 30

**CARDIOPATIAS/etiología**  
15, 26

**CARDIOPATIAS/mortalidad**  
26

**CARDIOPATIAS/prevención**  
3

**CAUSA DE MUERTE**  
22

**CEREALES**  
43

**CERVICITIS/complicaciones**  
32

**CERVICITIS/economía**  
32

**CERVICITIS/quimioterapia**  
32

**CICLISMO**  
3

**CLAUDICACION INTERMITENTE/diagnóstico** 46

**CLAUDICACION INTERMITENTE/terapia** 46

**COLESTEROL/análisis**  
3, 22

**COLESTEROL/sangre**  
22

**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO**  
21, 36

**CONDICIONES PRECANCEROSAS/diagnóstico** 1

**CONDON**  
37

**CONDUCTA**  
51

**CONDUCTA SEXUAL**  
37

**CONTAMINACION POR HUMO DE TABACO/efectos adversos** 55

**CONTROL DE RIESGO**  
37

**CORONARIOPATIA/etiología**  
26, 43, 54

**CORONARIOPATIA/mortalidad**  
22, 26

**CORONARIOPATIA/prevención**  
43

**CORTICOSTEROIDES/farmacología**  
34

**CUIDADOS DOMICILIARIOS DE SALUD** 28

**DEFECTOS DEL TUBO NEURAL/epidemiología** 6, 7

**DEFECTOS DEL TUBO NEURAL/etiología** 7

**DEFECTOS DEL TUBO NEURAL/etnología** 6, 7

**DEMENCIA/terapia**  
51

**DEPRESION/complicaciones**  
16

**DIABETES GESTACIONAL/quimioterapia** 38

**DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDIENTE/quimioterapia**  
11, 15

**DIABETES MELLITUS NO INSULINO-DEPENDIENTE/complicaciones** 15, 20, 23, 26, 38, 47

**DIABETES MELLITUS/complicaciones** 25, 31

**DIABETES MELLITUS/fisiopatología**  
31

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**  
27

**DIETA**  
13, 43

**DISPLASIA DEL CUELLO UTERINO/diagnóstico** 35

**DOLOR DE ESPALDA/psicología**  
16

**DOLOR DE ESPALDA/terapia**  
16

**DOLOR**/diagnóstico

33

**DOLOR**/patología

33

**EDUCACION SEXUAL**

37

**EFFECTOS TARDIOS DE LA**

**EXPOSICION PRENATAL** 36

**EJERCICIO**

3

**EJERCICIO**/fisiología

8

**EMBARAZO**

28, 38

**ENFERMEDAD AGUDA**

53

**ENFERMEDAD DE PARKINSON/**

quimioterapia 50

**ENFERMEDADES**

**CARDIOVASCULARES**/etiología 47

**ENFERMEDADES**

**CARDIOVASCULARES**/prevención 47

**ENFERMEDADES DE LA TIROIDES/**

diagnóstico 9

**ENFERMEDADES DE LA VULVA/**

diagnóstico 1

**ENFERMEDADES DEL RECTO/**

diagnóstico 33

**ENFERMEDADES FUNCIONALES**

**DEL COLON** 5

**ENFERMEDADES SEXUALMENTE**

**TRANSMISIBLES**/prevención 37

**ENFERMEDADES TRANSMISIBLES/**

mortalidad 39

**ESTADOS UNIDOS**

39

**ESTRES PSICOLOGICO**/complicacio-

nes 16

**ESTROGENOS**/analgesia

10

**ESTUDIOS DE EVALUACION**

24

**ESTUDIOS DE INTERVENCION**

37

**ESTUDIOS MULTICENTRICOS**

4, 55

**EXPOSICION AMBIENTAL**/efectos

adversos 12, 55

**FACTORES DE RIESGO**

3, 7, 23, 36, 47, 54

**FECUNDIDAD**

4

**FIBRA EN LA DIETA**

43

**FIBROSIS QUISTICA**/quimioterapia

34

**FRACTURAS DE CADERA**/etiología

13

**FRACTURAS DEL FEMUR**/etiología

13

**FRACTURAS DEL RADIO**/etiología

13

**FROTIS VAGINAL**

30, 35

**FRUTAS**

43

**GLAUCOMA**/complicaciones

45

**GLAUCOMA**/terapia

45

**GLUCOCORTICOIDES**/uso terapéutico

2

**GLUCOSA DE LA SANGRE**/análisis

20, 25, 26, 31, 47

**HABITOS**

54

**HALITOSIS**

41

**HIGIENE BUCAL**

41

**HIPERGLICEMIA**/complicaciones

31

**HIPERGLICEMIA/prevencción**  
20

**HIPERGLICEMIA/quimioterapia**  
20

**HIPOGLICEMIA/quimioterapia**  
11

**HUESO Y HUESOS**  
13

**INCAPACITADOS**  
8

**INCAPACITADOS/psicología**  
17

**INFARTO DEL MIOCARDIO/etiología**  
43

**INFARTO DEL MIOCARDIO/prevencción**  
43

**INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO/mortalidad** 39

**INFECCIONES POR CHLAMYDIA/prevencción** 37

**INFERTILIDAD/etiología**  
4

**INSULINA/administración**  
15

**INSULINA/uso terapéutico**  
15

**ISQUEMIA MIOCARDICA/diagnóstico**  
18

**ISQUEMIA MIOCARDICA/epidemiología** 18

**ISQUEMIA MIOCARDICA/etiología**  
18

**ISQUEMIA MIOCARDICA/prevencción**  
3

**LACTANCIA MATERNA/etnología**  
44

**LIPOPROTEINAS HDL/analgesia**  
3

**LONGEVIDAD**  
49

**MAMA/efectos radiográficos**  
29

**MAMOGRAFIA/economía**  
29

**MAMOGRAFIA/efectos adversos**  
29

**MARCADORES BIOLÓGICOS**  
42

**MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN/normas** 14

**MEDICINA FAMILIAR**  
9, 14, 40

**MÉDICOS DE FAMILIA**  
14, 35, 40

**MICROCIRCULACION/fisiopatología**  
25

**MICROCIRCULACION/patología**  
47

**MONITOREO AMBULATORIO**  
18

**MORTALIDAD/tendencias**  
39

**MUJERES**  
13, 54, 55

**NEFROPATIAS DIABÉTICAS/etiología**  
25

**NEOPLASMAS DE LA MAMA/etnología** 44

**NEOPLASMAS DE LA MAMA/radiografía** 29

**NEOPLASMAS DE LA PROSTATA/diagnóstico** 10, 40

**NEOPLASMAS DE LA PROSTATA/etiología** 10

**NEOPLASMAS DE LA VULVA/diagnóstico** 1

**NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO/diagnóstico** 30, 35

**NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO/patología** 30

**NEOPLASMAS INDUCIDOS POR RADIACION** 29

**NEOPLASMAS PULMONARES/etiología** 55

**NEOPLASMAS PULMONARES/**  
genética 55  
**NEOPLASMAS/mortalidad**  
49  
**NEUMOPATIAS OBSTRUCTIVAS/**  
quimioterapia 34  
**NEUROPATIAS DIABETICAS/etiología**  
31

**OBESIDAD**  
10  
**OSTEOPOROSIS/etiología**  
13  
**OTITIS MEDIA SUPURATIVA/diagnóstico**  
53

**PAPILOMA/diagnóstico**  
1  
**PENTOXIFILINA/uso terapéutico**  
46  
**PLANIFICACION FAMILIAR**  
37  
**PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS** 14  
**PREVENCION PRIMARIA**  
23  
**PRONOSTICO**  
10, 42, 52  
**PROSTATECTOMIA/efectos adversos**  
40  
**PROTEINAS EN LA DIETA/efectos adversos** 13  
**PROTEINURIA/etiología**  
25  
**PROYECTOS PILOTO**  
34  
**PSIQUIATRIA GERIATRICA**  
17

**QUIMIOTERAPIA COMBINADA**  
19, 50

**RECIEN NACIDO DE BAJO PESO**  
12, 36  
**REINO UNIDO**  
23  
**RELACIONES MEDICO-PACIENTE**  
16  
**RESISTENCIA A LA INSULINA**  
20, 38  
**RETINOPATIA DIABETICA/etiología**  
25, 31  
**RIESGO**  
15, 26, 38, 55  
**RIESGO ATRIBUIBLE**  
29

**SALUD DEL ANCIANO**  
17  
**SATISFACCION DEL PACIENTE**  
28  
**SERVICIOS DE SALUD PARA ANCIANOS** 3, 17  
**SESGO (EPIDEMIOLOGIA)**  
22  
**SINDROME DE BEHÇET/complicaciones** 18  
**SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/mortalidad** 39

**TABAQUISMO**  
10, 36  
**TABAQUISMO/efectos adversos**  
4, 12, 43  
**TASA DE MORTALIDAD/estadísticas**  
49  
**TECNICAS CITOLOGICAS**  
30  
**TEMBLOR/terapia**  
50  
**TERAPIA COMPORTAMENTAL**  
51  
**TERAPIA RESPIRATORIA**  
2, 34

<b>TEST DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA</b>	38	<b>VARIACIONES DE OBSERVACION</b>	22
<b>TESTS DE FUNCION DE LA TIROIDES</b>	9	<b>VEGETALES</b>	43
<b>TESTS DE FUNCION RESPIRATORIA</b>	12, 34	<b>VIAS DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS</b>	15
<b>TRASTORNOS MENTALES</b>	17	<b>VISION SUBNORMAL/etiología</b>	45
<b>TRASTORNOS URINARIOS/etiología</b>	40	<b>VISION SUBNORMAL/prevencción</b>	45
<b>TRAUMATISMOS ABDOMINALES</b>	21	<b>VISITAS A PACIENTES</b>	28
<b>TRAUMATISMOS DEL ANTEBRAZO/etiología</b>	13	<b>VULVA/patología</b>	1

## RESUMENES

---

- 1** Apgar BS, Cox JT. Diferenciación de los hallazgos normales y anormales de la vulva. (Differentiating normal and abnormal findings of the vulva.) Am Fam Physician 1996;53(4):1171-80.
- 

Una adecuada evaluación de la vulva requiere de experiencia en dermatología general y del conocimiento de la naturaleza especial de las alteraciones que puede sufrir esta parte del cuerpo. Es fundamental conocer bien las condiciones de la vulva normal, para evitar hallazgos dudosos en reconocimientos que conlleven un número excesivo de diagnósticos y el consiguiente tratamiento innecesario. Durante los últimos años, el diagnóstico más común ha sido el de micropapilas en los labios menores internos o los cambios en la coloración acetoblanca de la vulva secundarios a una infección por el papilomavirus humano. La diferenciación de las variantes normales y de los cambios no específicos no significativos de una enfermedad bien desarrollada no es siempre fácil. Se debe realizar una biopsia de la vulva si no se puede establecer un diagnóstico confiable mediante la inspección visual. La neoplasia intraepitelial de la vulva es una lesión precancerosa de origen escamoso asociada a la infección por el papilomavirus humano, que afecta con frecuencia a las pacientes jóvenes. La neoplasia intraepitelial de la vulva, en mujeres de más edad, está asociada a una inflamación crónica, especialmente en áreas de hiperplasia y atrofia. Las pacientes de mayor edad con neoplasia intraepitelial de la vulva corren un mayor riesgo de desarrollar un cáncer invasivo en este órgano.

---

- 2** Barth J, Bergmann-Uebelhoer M. Glucocorticoides inhalantes en el tratamiento del asma. (Inhalative Glukokortikoide in der Asthmatherapie.) Münch Med Wschr 1996;138(8):124-8.
- 

La inflamación eosinofílica de las vías respiratorias se considera actualmente la característica patogenética fundamental del asma bronquial, aun en sus formas moderadas. Ello explica el auge que ha experimentado la indicación en tales casos de un tratamiento con glucocorticoides inhalantes. La dosificación adecuada de este tipo de medicamentos garantiza la obtención de buenos resultados terapéuticos, pues su acción es local y excluye cualquier efecto secundario sistémico, especialmente en la función de la corteza de las suprarrenales. Los glucocorticoides actúan acoplados a un receptor citoplasmático de esteroides. El complejo se desplaza hacia el núcleo celular y detiene allí la reacción inflamatoria al inhibir la liberación de varios mediadores.

Los esteroides dan lugar a la disminución del número de células cebadas y de eosinófilos en las vías respiratorias. La flunisolida es uno de los glucocorticoides inhalantes más modernos y seguros, pues, a la efectividad terapéutica sin efectos secundarios, añade la virtud de disminuir la hipersensibilidad, tanto en los niños como en los adultos que la padecen. En el artículo se explican exhaustivamente la farmacología, el mecanismo de acción y la aplicación clínica de la flunisolida.

---

- 3** Bijnen FCH, Feskens EJM, Caspersen CJ, Giampaoli S, Nissinen AM, Menotti A, et al. Actividad física y factores de riesgo cardiovascular entre hombres de edad avanzada en Finlandia, Italia y los Países Bajos. (Physical activity and cardiovascular risk factors among elderly men in Finland, Italy and Netherlands.) *Am J Epidemiol* 1996;143(6):553-61.
- 

Se investigó el patrón de actividad física y su relación con los factores de riesgo cardiovascular en 1 402 hombres, con edades comprendidas entre 69 y 90 años, que participaron en un estudio de seguimiento que se prolongó durante 30 años con cohortes de Finlandia (regiones oriental y occidental), Italia (Montegiorgio y Crevalcore) y Holanda (Zutphen). Se evaluó la actividad física con el uso de un cuestionario validado y administrado por los mismos sujetos y diseñado para hombres en edad de jubilación. La actividad física total varió notablemente entre las cohortes. La actividad física total promedio fluctuó desde 50 minutos al día en Montegiorgio, hasta 89 minutos al día en Crevalcore. Las caminatas, la jardinería y el ciclismo contribuyeron en más del 70 % a la actividad física total en todas las cohortes. En dependencia de la definición de inactividad física, la prevalencia estimada de inactividad varió entre el 5 y el 33 % en Zutphen y entre el 18 y el 68 % en Montegiorgio. La actividad física total se asoció de modo inverso a la frecuencia cardíaca en reposo ( $r = -0,11$ ,  $p < 0,001$ ) y de modo positivo con el colesterol en las lipoproteínas de alta densidad ( $r = 0,08$ ,  $p < 0,01$ ) en los datos combinados. Estas asociaciones mantuvieron su significación estadística después de realizado el ajuste por edad, cohorte, hábito de fumar, índice de masa corporal y consumo de alcohol. La actividad física no se asoció al colesterol total ni al colesterol de lipoproteínas de baja densidad, presión sanguínea o índice de masa corporal. Los autores llegaron a la conclusión de que la actividad física puede ejercer un efecto beneficioso sobre los niveles de colesterol en las lipoproteínas de alta densidad en los ancianos. Las caminatas, la jardinería y el ciclismo contribuyen sustancialmente a su patrón de actividad física.

---

- 4** Bolumar F, Olsen J, Boldsen J. El hábito de fumar reduce la fecundidad: un estudio europeo multicéntrico sobre la infertilidad y la subfecundidad. (Smoking reduces fecundity: a european multicenter study on infertility and subfecundity.) *Am J Epidemiol* 1996;143(6):578-87.
- 

Varios estudios publicados durante los últimos 10 años indican que el hábito de fumar reduce la fecundidad, pero en todos los estudios no se ha encontrado este efecto, y el

abandono del hábito de fumar no se indica de forma sistemática en el tratamiento para la infertilidad en Europa. Este estudio se realizó para examinar el efecto del hábito de fumar, tanto en mujeres como en hombres, al comienzo del tiempo de espera de la pareja por un embarazo planificado. Se usaron dos tipos de muestras: unas basadas en la población de mujeres con edades entre 25 y 44 años, seleccionadas al azar en diferentes países, a partir de los registros del censo de población y de las listas electorales, en las que la unidad de análisis fue la pareja; y otras, conformadas por mujeres embarazadas (con 20 semanas de gestación como mínimo), captadas de forma secuencial durante las visitas prenatales, y en las que la unidad de análisis fue el embarazo. Se incluyó en cada muestra a más de 4 000 parejas, y se recogieron datos de 10 regiones de Europa. La información se obtuvo entre agosto de 1991 y febrero de 1993, mediante entrevistas personales a quienes integraron todas las muestras basadas en la población, y en todas, menos en tres regiones, a las mujeres incluidas en la muestra basada en el embarazo, donde se emplearon cuestionarios que fueron respondidos por las mismas pacientes. Los resultados basados en la muestra poblacional mostraron una asociación notablemente coherente entre el hábito de fumar de las mujeres y la subfecundidad en cada país en particular y en todos los países en general, tanto con el primer embarazo (razón de disparidad [RD] = 1,7, intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,3 a 2,1, en el nivel superior de exposición) y durante el tiempo de espera por un embarazo más reciente (RD = 1,6, IC del 95 %, 1,3 a 2,1). Los resultados de la muestra en la que la unidad de análisis fue el embarazo, fueron similares (RD = 1,7, IC del 95 %, 1,3-2,3). No se encontró ninguna asociación significativa con el hábito de fumar de los hombres (en la muestra de la población, la razón de disparidad fue de 0,9, IC del 95 %, 0,7-1,1 (primer embarazo) y RD = 1,0, IC del 95 %, 0,9-1,3 (tiempo de espera más reciente); en la muestra de embarazo, la RD fue de 0,9, con un IC del 95 %, 0,7-1,1). La distribución de la fecundidad entre los fumadores se desvió hacia tiempos de espera más largos, sin cambios en la forma de la distribución. Las mujeres que tienen dificultades para concebir deben abandonar el hábito de fumar, o reducir el consumo de cigarrillos a menos de 10 al día.

---

**5** Bonis PAL, Norton RA. El reto del síndrome del colon irritable. (The challenge of irritable bowel syndrome.) *Am Fam Physician* 1996;53(4):1229-36.

---

El síndrome del colon irritable es un trastorno cuyos síntomas comunes son la diarrea, el estreñimiento, el dolor y la sensación de llenura. Después de excluirse la posibilidad de que se trate de otra afección, el tratamiento debe orientarse hacia los síntomas predominantes y llevarse a cabo según su nivel de gravedad. En todo momento se debe tratar de mantener el equilibrio entre la investigación esmerada y los peligros que implica la realización de una gran cantidad de pruebas. La mayoría de los pacientes continúan presentando síntomas persistentes varios años después del diagnóstico original.

- 
- 6** Canfield MA, Annegers JF, Brender JD, Cooper SP, Greenberg F. Origen hispánico y defectos del tubo neural en el Condado de Houston/Harris, Texas I: epidemiología descriptiva. (Hispanic origin and neural tube defects in Houston/Harris County, Texas.) *Am J Epidemiol* 1996;143(1):1-11.
- 

Ultimamente se ha registrado una alta prevalencia de anencefalia y de defectos del tubo neural en varios condados de Texas que tienen fronteras con México. Por otra parte, varios investigadores han informado que los hispanos presentan un alto riesgo de presentar defectos del tubo neural (anencefalia y espina bífida). No se han establecido los factores que contribuyen a este riesgo. Los autores realizaron un estudio de los defectos del tubo neural en el condado de Harris, Texas, para determinar la prevalencia de cada defecto. Esta se estableció mediante la identificación de los casos entre los residentes nacidos vivos y las muertes fetales (muerte fetal a las 20 semanas) ocurridas entre el 1ro. de abril de 1989 y el 31 de diciembre de 1991. Con el uso de múltiples métodos de evaluación de casos, se detectaron 59 con anencefalia y 32 con espina bífida, de lo que resultó una prevalencia de 3,8 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 2,9 a 4,9) y de 2,0 (IC del 95 %, 1,4 a 2,8) por cada 10 000 nacidos vivos, respectivamente. La proporción de la prevalencia de anencefalia-prevalencia de espina bífida fue de 2 : 1 en 1989, de 1 : 1 en 1990 y de 3 : 1 en 1991, con una diferencia significativa en 1991. La proporción de la prevalencia de mujeres : hombres fue de 1,0 en el caso de la espina bífida y de 2,2 en el de la anencefalia, y fue mucho más alta todavía en el caso de la anencefalia entre los de origen no hispánico (proporción de la prevalencia = 5,6). Por cada defecto, los hispanos presentaron una prevalencia aproximadamente tres veces más alta que los no hispanos. Esta diferencia étnica fue mayor en el caso de los varones con anencefalia y en el de las hembras con espina bífida. En cuanto a la anencefalia, la proporción de la prevalencia de los hispanos : anglo/blancos (4,2) y de los afroamericanos : anglo/blancos (1,9) fue mucho más elevada y la proporción de la prevalencia de hispanos : afroamericanos (2,2) fue similar en relación con estudios comparables realizados en las últimas dos décadas. La prevalencia de anencefalia registrada en los hospitales públicos (de 7,0 por cada 10 000 nacidos vivos) fue tres veces mayor que la registrada en los hospitales privados (2,4 por cada 10 000 nacidos vivos). Las cifras de la espina bífida fueron similares en los hospitales públicos (prevalencia = 2,2 por cada 10 000 nacidos vivos) y en los hospitales privados (prevalencia = 2,0 por cada 10 000 nacidos vivos). Una prevalencia significativamente más alta de ambos defectos se demostró entre los hispanos del Condado de Harris. Las tasas de anencefalia más altas entre los hispanos, los afroamericanos y los que se trataban en hospitales públicos al efectuarse el pesquisaje de los defectos del tubo neural, el diagnóstico prenatal y la interrupción electiva del embarazo, sugieren que los factores socioeconómicos, y tal vez los culturales y religiosos, pueden influir en la prevalencia registrada de nacimientos con este defecto en grupos particulares.

---

- 
- 7 Canfield MA, Annegers JF, Brender JD, Cooper SP, Greenberg F. Origen hispánico y defectos del tubo neural en el Condado de Houston/Harris, Texas II: factores de riesgo. (Hispanic origin and neural tube defects in Houston/Harris County, Texas II: risks factors.) *Am J Epidemiol* 1996;143(1):12-24.
- 

Varios investigadores han informado que los hispanos presentan un riesgo elevado de desarrollar defectos del tubo neural (anencefalia y espina bífida). No se han establecido los factores que contribuyen a este riesgo. Los autores realizaron un estudio de casos y controles de los defectos del tubo neural entre los nacidos en el Condado de Harris, Texas, del 1ro. de abril de 1986 al 31 de diciembre de 1991. Mediante el uso de múltiples métodos de valoración, se detectaron 59 casos de anencefalia y 32 de espina bífida. Los controles (n = 451) se obtuvieron durante el mismo período de los registros de estadísticas vitales del Condado de Harris. Independientemente del método aplicado para clasificar el origen étnico de los hispanos, la procedencia hispana de uno de los padres representaba un factor de riesgo, tanto para la anencefalia como para la espina bífida. La interrogante etiológica primaria era si el mayor riesgo de defectos del tubo neural en los hispanos puede explicarse por la diabetes materna o por otros factores (por ejemplo, el lugar de nacimiento de la madre, la atención prenatal recibida, los antecedentes reproductivos, la edad y el estatus socioeconómico). Las hispanas nacidas en México no tenían más probabilidades de parir un feto o un niño con defecto del tubo neural que los hispanos nacidos en Texas. El origen hispano de la madre representaba un factor de riesgo para la anencefalia entre los neonatos nacidos de mujeres que recibieron cuidados prenatales en una etapa temprana del embarazo (razón de disparidad [RD] = 4,54, intervalo de confianza [IC] del 95 %, 2,21 a 9,40), pero no entre los nacidos de mujeres que recibieron dichos cuidados en una etapa más tardía. Los cuidados prenatales al inicio del embarazo parecieron ejercer un efecto «protector» para los no hispanos (RD = 0,18, IC del 95 %, 0,06 - 0,65), pero no para los hispanos. Después del ajuste simultáneo de ocho variables en el análisis multivariado, la madre de origen hispano (contra la no hispana) seguía siendo un poderoso factor de riesgo, tanto para la anencefalia (RD = 2,58, IC del 95 %, 1,19- 5,61 como para la espina bífida (RD = 3,71, IC del 95 %, 1,48-9,31). Cualquier interrupción previa del embarazo/pérdida fetal también se asoció con la anencefalia en un modelo final de regresión logística (RD = 2,48, IC del 95 %, 1,20-5,10), y el factor madre adolescente (edad < 20 años) se aproximó a la significación estadística (RD = 2,21, IC del 95 %, 0,92-5,31). «La madre hispana» fue la única variable del estudio asociada significativamente con la espina bífida en el análisis de multivarianza. Los resultados de diabetes no indicaron asociación alguna con la anencefalia (RD = 1,24, IC del 95 %, 0,25-6,17). El mayor riesgo de padecer defectos del tubo neural entre los hispanos se mantuvo después de ajustar y controlar otros factores. En el caso de la anencefalia, este riesgo se puede explicar, en parte, por las diferencias económicas y culturales que existen entre los hispanos y los que no lo son, y por el efecto de esos factores sobre las tasas de diagnóstico prenatal y de interrupción electiva del embarazo.

---

- 
- 8** Clark DO. Efecto de la acción de caminar sobre la incapacidad de la porción inferior del cuerpo entre ancianos de la raza blanca y negra. (The effect of walking on lower body disability among older blacks and whites.) *Am J Public Health* 1996;86(1):57-61.
- 

Se investigó la asociación existente entre la actividad física regular y el riesgo de desarrollar o aumentar las incapacidades de la porción inferior del cuerpo en ancianos negros y blancos de una comunidad. Se tomó como referencia el Estudio Longitudinal sobre la Ancianidad de 1984 a 1990, que incluyó a 413 ancianos de la raza negra y a 3 428 de la raza blanca de 70 años o más. Los modelos de riesgo proporcionaron estimados de los efectos de la frecuencia de la acción de caminar y del ejercicio regular sobre las incapacidades de la porción inferior del cuerpo entre los ancianos de la raza negra y blanca que respondieron la encuesta. Los blancos que informaron caminar una milla (1,6 km) o más entre 4 y 7 días por semana, en comparación con los que informaron que nunca caminaban, presentaban un riesgo en un tercio menor de aumentar su discapacidad. Los negros que informaron caminar de 4 a 7 días por semana presentaban un riesgo reducido a dos tercios de aumentar su discapacidad. Caminar durante 4 a 7 días por semana redujo el riesgo de su discapacidad en el 50 % al 80 % en los cinco incisos de discapacidad de la muestra constituida por los negros y en dos de los incisos de la muestra constituida por blancos. Se concluye que, entre la población negra de ancianos, el caminar de 4 a 7 días a la semana ejerció un mayor efecto protector contra el desarrollo de incapacidades de la porción inferior del cuerpo que cualesquiera de los otros factores, incluyendo la edad y las enfermedades crónicas.

---

- 9** Costa AJ. Interpretación de las pruebas del tiroides. (Interpreting thyroid tests.) *Am Fam Physician* 1995;52(8):2325-30.
- 

En la práctica de la medicina familiar se infiere con frecuencia la presencia de una enfermedad tiroidea, a partir de los antecedentes y del examen físico del paciente. La prevalencia de esta afección dentro la población en general es de 0,5 %. Aunque puede ser mayor en ciertos grupos de pacientes, entre ellos los ancianos. Los conocimientos básicos sobre la fisiología de la glándula tiroides y la metodología que se aplique en la realización de las pruebas de laboratorio, son esenciales para la correcta evaluación y tratamiento de los pacientes con una presunta enfermedad tiroidea. Pruebas recientemente desarrolladas, tales como la prueba ultra sensible para el análisis de la hormona estimuladora del tiroides, posibilitan establecer un diagnóstico rápido y definitivo de los trastornos más comunes de la glándula tiroides.

---

- 10** Daniell HW. Un mejor pronóstico para los hombres obesos con cáncer de próstata. (A better prognosis for obese men with prostate cancer.) *J Urol* 1996;155(1):220-5.
- 

Se investigó la posible asociación entre la obesidad y un pronóstico favorable en los hombres con cáncer de próstata que no están en la etapa A, independientemente de

otros factores de riesgo. Se evaluó a 235 hombres con cáncer de próstata que no estaban en la etapa A, a los que se les realizó el diagnóstico entre 1983 y 1990 en un hospital comunitario. La evaluación se realizó por etapa y grado del tumor, grado de obesidad, hábito de fumar, edad, año en que se realizó el diagnóstico y supervivencia. En comparación con los tumores de hombres menos obesos, los de aquellos que tenían por lo menos un sobrepeso del 10 % con mayor frecuencia se encontraban en la etapa B o C que en la etapa D (razón de disparidad [RD] 2,3, intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,4 a 4,9). La ausencia del hábito de fumar, una edad mayor de 70 años y puntuaciones bajas en la escala de Gleason, se asociaron también de modo independiente con los tumores menos avanzados. La frecuencia más baja de tumores en una etapa avanzada entre los hombres obesos fue más prominente en el caso de la enfermedad en etapa D2, en los no fumadores, y disminuyó progresivamente desde el 24 % en los 29 no fumadores con bajo peso corporal durante muchos años antes del diagnóstico, hasta el 8 % en los 24 que tuvieron un gran sobrepeso durante muchos años ( $p < 0,05$ ). La mortalidad específica por el tumor fue más baja en los hombres obesos y no fumadores, independientemente de la etapa y grado del tumor, con tasas de mortalidad específica por el tumor de 5 años del 10 % en los obesos no fumadores, del 27 % en los no obesos no fumadores, del 36 % en obesos fumadores y del 43 % en fumadores no obesos. Estas diferencias reflejaron una combinación de diferencias relacionadas con la obesidad en la distribución por etapas y un pronóstico mucho más favorable para los obesos entre los pacientes con tumores en etapas similares. Estas observaciones sugieren la inhibición del crecimiento del cáncer de próstata y de las metástasis por un aumento del estrógeno endógeno, una disminución de la testosterona endógena u otros cambios sistémicos característicos de la obesidad.

---

**11** Debrah K, Sherwin RS, Murphy J, Kerr D. Efecto de la cafeína sobre el reconocimiento y las respuestas fisiológicas a la hipoglicemia en la diabetes insulino dependiente. (Effect of caffeine on recognition of and physiological responses to hypoglycaemia in insulin-dependent diabetes.) *Lancet* 1996;347(8993):19-24.

---

Para el paciente diabético, el desconocimiento de la hipoglicemia, es decir, el no percatarse de los signos que anuncian que la glucosa en sangre llega a un nivel bajo, es algo potencialmente peligroso. En este estudio se evaluaron dos efectos de la ingestión de cafeína (250 mg) sobre el cerebro, a saber, la disminución del flujo sanguíneo cerebral y el aumento en el uso de la glucosa por este órgano, con el objetivo de comprobar si se alteraban el reconocimiento de los signos de hipoglicemia y las respuestas fisiológicas a ésta en pacientes con diabetes insulino dependiente. Se estudiaron 12 pacientes en dos ocasiones. Se usó un *clamp* hiperinsulinémico de glucosa para mantenerla en plasma en 5 mmol/L durante 90 minutos, seguido por 60 minutos en 3,8 mmol/L, y luego en 2,8 mmol/L durante otra hora. Después de mantener los niveles de glucosa en plasma en 5 mmol/L durante 30 minutos, los pacientes consumieron 250 mg de cafeína o placebo en un diseño transversal a doble ciegas. Se registraron la velocidad media de la arteria cerebral, los niveles de hormonas contrarreguladoras y la función cognoscitiva, y los pacientes registraron los síntomas de

hipoglicemia en una escala visual análoga. La cafeína causó un descenso inmediato y sostenido de la velocidad media de la arteria cerebral de 10 cm/s, de 60 a 50 cm/s (intervalo de confianza [IC] del 95 % -5 a -15 cm/s,  $p < 0,001$ ). Con un nivel de glucosa en sangre de 3,8 mmol/L, los niveles de adrenalina en plasma fueron dos veces más altos después de la ingestión de cafeína que luego de la del placebo (diferencia de 524 mmol/L). Al reducirse los niveles de glucosa a 2,8 mmol/L, la ingestión de cafeína se asoció con un mayor reconocimiento de los signos de hipoglicemia en 9 pacientes, síntomas autónomos y neuroglicopénicos significativamente más intensos y niveles más altos de adrenalina, cortisol y de hormona del crecimiento. La función cognoscitiva (latencia de los potenciales evocados p<sub>300</sub>) se deterioró en el mismo grado en ambos estudios con ese nivel de glucosa. El descenso sostenido de la velocidad media de la arteria cerebral y el aumento de las respuestas simpático-adrenal y sintomática durante una hipoglicemia moderada, sugieren que la cafeína es un tratamiento potencialmente útil para los pacientes diabéticos que presentan dificultades para percibir el comienzo de un cuadro hipoglucémico.

---

**12** Doyle LW, Ford GW, Olinsky A, Knoches AML, Callanan C. Tabaquismo pasivo y función respiratoria en niños con muy bajo peso al nacer. (Passive smoking and respiratory function in very low birthweight children.) *Med J Aust* 1996;164(5):266-9.

---

En el Royal Women's Hospital de Melbourne, se trató de determinar si existe alguna relación adversa entre el tabaquismo pasivo y la función respiratoria de niños de 11 años de edad que nacieron con muy bajo peso. La muestra estuvo compuesta por 154 niños que nacieron con peso menor que 1 501 g durante los 18 meses posteriores al 1.º de octubre de 1980. Se midió la función respiratoria de 120 de los 154 niños (77,9 %) a los 11 años de edad. La exposición al humo del tabaco se estableció mediante la historia clínica; se sabía que ningún niño era fumador activo. Se analizó, mediante regresión lineal, la relación entre varias variables de la función respiratoria y el número estimado de cigarrillos consumidos diariamente por los miembros de la familia. La mayoría de las variables de la función respiratoria que reflejaron el flujo de aire se reducían significativamente según aumentaba la exposición al humo del tabaco. Además, las variables indicadoras de la aspiración de aire se elevaron de modo notable con el aumento de la exposición pasiva al humo del tabaco. La exposición pasiva al humo del tabaco está asociada con las deficiencias de la función respiratoria adversa de niños de 11 años que nacieron con muy bajo peso. El mantenimiento de esta situación o la práctica activa del hábito de fumar más allá de esta edad, puede dar lugar a un mayor deterioro de la función respiratoria en esos niños.

---

**13** Feskanich D, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA. Consumo de proteínas y fracturas óseas en las mujeres. (Protein consumption and bone fractures in women.) *Am J Epidemiol* 1996;143(5):472-9.

---

Las proteínas en la dieta aumentan la eliminación de calcio en la orina y se han asociado con las mayores tasas de fracturas de la cadera en estudios transculturales. Sin

embargo, todavía no se ha examinado detalladamente la relación entre el consumo de proteínas y el riesgo de sufrir fracturas óseas osteoporóticas. En este estudio prospectivo, se midió la ingestión dietética usual durante 1980 en una cohorte de 85 900 mujeres con edades comprendidas entre 35 y 59 años que participaron en el Nurses' Health Study. Se empleó un cuestionario relacionado con la frecuencia de alimentos y se envió por correo. Se identificaron fracturas de la cadera ( $n = 234$ ) y del antebrazo ( $n = 1\ 628$ ) mediante el informe que enviaron las mismas encuestadas durante los siguientes 12 años. En cuestionarios enviados cada dos años, se obtuvo información acerca de otros factores relacionados con la osteoporosis, incluyendo la obesidad, el uso de estrógenos posmenopausia, el hábito de fumar y la actividad física. Se actualizaron las mediciones de la dieta en 1984 y 1986. La ingestión de proteínas se asoció con un mayor riesgo de sufrir fracturas del antebrazo (riesgo relativo [RR] = 1,22, intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,04 a 1,43,  $p$  por tendencia = 0,01) en mujeres que consumían más de 95 g al día, en comparación con las que consumían menos de 68 g al día. Un aumento similar en el riesgo se observó en el caso del consumo de proteínas de origen animal, pero no se encontró ninguna asociación en cuanto al consumo de proteínas de origen vegetal. Las mujeres que consumían cinco o más raciones de carne roja a la semana también presentaron un mayor riesgo de sufrir una fractura del antebrazo (RR = 1,23, IC del 95 %, 1,01 a 1,50), en comparación con las que consumían carne roja una vez por semana. El recordatorio de la dieta que tenían cuando eran adolescentes no reveló ningún aumento en el riesgo de fractura del antebrazo para las mujeres con un alto consumo de proteínas de origen animal o de carne roja durante esa primera etapa de la vida. No se observó asociación alguna entre la ingestión de proteínas en la etapa adulta y la incidencia de fracturas de la cadera, aunque la posibilidad de evaluar esta asociación fue escasa.

---

**14** Fox GN. Minimización de errores en la prescripción a niños e infantes. (Minimizing prescribing errors in infants and children.) *Am Fam Physician* 1996;53(4):1319-25.

---

Los médicos de familia con frecuencia prescriben medicamentos a niños. El gran volumen de fármacos que se indican dentro de la práctica de la pediatría, particularmente de antibióticos, puede traer consecuencias adversas, aunque el índice de error sea bajo. Los errores se pueden atribuir a factores asociados con los nombres de los medicamentos, envases o formulaciones, particularmente en el caso de un preparado líquido comercializado en diferentes concentraciones, así como también a equivocaciones de carácter humano a la hora de seleccionarlos y prescribirlos. Se recomienda un método sistemático que reduce al mínimo la posibilidad de que el facultativo se distraiga durante la prescripción de los medicamentos, y que proporciona un mecanismo de seguridad y verificación por parte del personal médico que estimula el uso de técnicas normalizadas para calcular las dosis que se les debe suministrar a los niños. En interés de la claridad, las prescripciones de medicamentos deben escribirse en forma legible y evitarse el uso de abreviaturas, la indicación del medicamento debe especificarse, además de indicarse con precisión la hora del día y el número de veces en que éste debe ingerirse o aplicarse.

---

**15** Genuth S. Administración exógena de insulina y riesgo cardiovascular en la diabetes mellitus insulino dependiente y no insulino dependiente. (Exogenous insulin administration and cardiovascular risk in non-insulin-dependent and insulin-dependent diabetes mellitus.) *Ann Intern Med* 1996;124(1 pt 2):104-9.

---

Actualmente se desconoce si el tratamiento intensivo con insulina para la diabetes disminuye o no el riesgo de complicaciones cardiovasculares al reducir los niveles de glucosa, o si más bien aumenta el riesgo, debido a los efectos aterogénicos directos. En este artículo se hace una revisión de los datos publicados de dos estudios clínicos realizados a largo plazo y al azar donde se compararon los resultados cardiovasculares asociados con diferentes regímenes de tratamiento con insulina exógena. Se seleccionaron el Programa del Grupo Universitario de Diabetes (UGDP) y el Estudio del Control y las Complicaciones de la Diabetes (DCCT) por ser los únicos estudios de intervención aleatorios existentes con resultados de seguimiento a largo plazo. Los datos revisados se extrajeron de las principales publicaciones que abordan estos dos estudios. En el UGDP se compararon los efectos de un régimen estándar de insulina con una dosis fija, de un régimen de insulina con dosis variable y de la dieta más un régimen de placebo por vía oral en aproximadamente 600 pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente, a quienes se les realizó un seguimiento durante 13 años (de 1962 a 1975). Los niveles de glucosa en plasma fueron de 1,7 a 2,2 mmol/L más bajos en el grupo con régimen de insulina de dosis variable que en los otros dos grupos tratados. No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia final o en la incidencia acumulada de las muertes totales, de muertes por enfermedad cardiovascular o por infartos del miocardio entre los tres grupos, incluso cuando los resultados se ajustaron por los factores de riesgo cardiovascular pertinentes de base. Solamente se observó una ligera sugerencia del análisis *post hoc* acerca de que los pacientes de ambos grupos tratados con insulina, y que habían sido definidos como de buen control de la glucosa, presentaron menos problemas cardiovasculares que los que tenían un control regular o malo. En el DCCT se comparó el tratamiento intensivo con insulina con la insulino terapia convencional (el nivel medio de hemoglobina A<sub>1c</sub> [HbA<sub>1c</sub>] fue de 7,2 % y de 9,0 %, respectivamente) en más de 1 400 pacientes con diabetes mellitus insulino dependiente, a los que se les realizó un seguimiento de hasta 10 años (1983 a 1993). Ocurrieron tres complicaciones cardiovasculares en el grupo que recibía tratamiento intensivo con insulina en comparación con las 14 complicaciones que ocurrieron en el grupo tratado con terapia convencional ( $p > 0,05$ ). El colesterol en las lipoproteínas de baja densidad y los niveles de triglicéridos fueron sustancialmente más bajos en el grupo que recibía tratamiento intensivo. Sin embargo, el índice de masa corporal aumentó sustancialmente más en este grupo que en el que recibía terapia convencional. El estudio del UGDP tuvo deficiencias en cuanto al alcance e inexactitudes en relación con el cumplimiento del régimen terapéutico, una separación insuficiente de los niveles glicémicos y no tuvo en cuenta los antecedentes del hábito de fumar como posible factor de confusión. En el caso del estudio del DCCT, los problemas cardiovasculares fueron pocos, pues los pacientes eran jóvenes y hacía poco que sufrían la enfermedad en el momento de su captación para integrar el grupo de estudio.

Además, las dosis totales diarias de insulina fueron similares en los dos grupos que recibieron tratamiento. Por todas esas razones, ninguno de los dos estudios proporciona una respuesta definitiva a la interrogante sobre los efectos de un tratamiento intensivo con insulina. Es necesario realizar otro estudio con un mejor diseño para poder determinar si el tratamiento con insulina ejerce algún efecto beneficioso o adverso en el riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus insulino y no insulino dependiente.

- 
- 16** Gillette RD. Factores conductuales en el tratamiento de la sacrolumbalgia. (Behavioral factors in the management of back pain.) *Am Fam Physician* 1996;53(4):1313-8.
- 

La mayoría de las personas con sacrolumbalgia aguda se recuperan pronto. La evaluación integral de los que no mejoran significativamente en un plazo de dos semanas, con frecuencia demostrará la existencia de factores conductuales significativos que pueden estar obstaculizando la recuperación. Esos factores incluyen el estrés interpersonal, económico u ocupacional; los trastornos psicológicos como la ansiedad, la depresión o los factores somáticos y las suposiciones contraproducentes sobre la sacrolumbalgia. El establecimiento de una relación médico-paciente constructiva, la identificación del estrés cotidiano, el mantener a los pacientes físicamente activos y la prescripción de los adecuados medicamentos psicotrónicos y/o analgésicos, son componentes de las estrategias terapéuticas efectivas en estos casos.

- 
- 17** Griner PA, Snowdon DA, Schmitt FA. La pérdida de la independencia en las actividades de la vida cotidiana: papel de la función cognoscitiva por debajo de lo normal en monjas ancianas. (The loss of independence in activities of daily living: the role of low normal cognitive function in elderly nuns.) *Am J Public Health* 1996;86(1):62-6.
- 

Se investigó el papel que desempeña la función cognoscitiva por debajo de lo normal en la pérdida subsiguiente de la independencia de las actividades de la vida cotidiana. De las 678 monjas ancianas a las que se les realizó una evaluación de las funciones físicas y cognoscitivas en 1992/93, a 575 se les volvió a realizar otra evaluación en 1993/94. Las puntuaciones del Mini-Mental State Examination se dividieron en tres categorías y se relacionaron con la pérdida de la independencia en seis actividades de la vida cotidiana. Las participantes con una función cognoscitiva por debajo de la normal, en la primera evaluación presentaron un riesgo dos veces mayor de perder la independencia en la realización de tres actividades de la vida cotidiana que en la segunda evaluación, en relación con las que presentaron una función cognoscitiva alta. Esta relación se debió principalmente al progreso de una función cognoscitiva baja en la primera evaluación, a una función cognoscitiva reducida en la segunda y se asoció con un riesgo elevado de perder la independencia en las seis actividades. El progreso a partir de una función cognoscitiva baja a una función cognoscitiva reducida se asoció con la pérdida de la independencia en las actividades de la vida cotidiana.

De modo que una función cognoscitiva por debajo de lo normal, podría considerarse como un signo de alerta precoz de una reducción de la función cognoscitiva y de pérdida de la función física.

---

**18** Güllü IH, Benekli M, Müderrisolu H, Oto A, Kansu E, Kabakçı G, et al. Isquemia miocárdica silente en la enfermedad de Behçet. (Silent myocardial ischemia in Behçet's disease.) J Rheumatol 1996;23(2):323-7

---

La enfermedad de Behçet (EB) es un trastorno multisistémico que usualmente se describe como un complejo triple de síntomas consistente en estomatitis aftosa, ulceraciones de los genitales y uveítis. La vasculitis es un rasgo clave de la enfermedad que puede conducir a trastornos funcionales en órganos muy vascularizados. Sin embargo, casi nunca se reconoce la afectación cardíaca. En este estudio se investigó la prevalencia de la isquemia silenciosa del miocardio (ISM) en la EB como presentación clínica de la enfermedad microvascular. Al efecto se aplicó el monitoreo cardíaco ambulatorio (Holter) en 36 pacientes con EB para detectar la ISM. También se realizaron la escintigrafía por perfusión miocárdica con talio<sup>201</sup> y una ventriculografía por radionúclidos. Todos los pacientes reunían los criterios del Grupo de Estudio Internacional de la Enfermedad de Behçet, y 11 de ellos presentaban afectación vascular. El mismo método también se utilizó con 38 sujetos de control para establecer una comparación de positividad de ISM en pacientes con enfermedad de Behçet. El monitoreo cardíaco ambulatorio se realizó durante  $9,2 \pm 0,9$  horas, la frecuencia cardíaca media fue de  $82 \pm 9$  latidos por minuto y no se registraron trastornos serios del ritmo. Se describió una ISM en 9 de 36 pacientes (25 %) (edad promedio de 38 años, con una fluctuación de 30 a 46 años) como depresión del segmento ST de  $3,00 \pm 0,42$  mm con una duración de  $4,01 \pm 0,9$  min. Solamente se registró una ISM en el grupo control en un hombre de 52 años con una lesión estenótica en la arteria coronaria izquierda anterior descendente ( $p < 0,001$ ). Ocho de 9 pacientes con ISM mostraron un defecto parcialmente reversible de la perfusión del miocardio después de realizar algún esfuerzo y 7 mostraron cierto grado de anormalidad en el movimiento de la pared ventricular en la ventriculografía por radionúclidos. La angiografía coronaria fue normal en 7 de 9 pacientes con ISM. Además, 7 de 9 pacientes con ISM presentaban afectación vascular, mientras que solamente 4 de 27 sin ISM presentaron enfermedad vascular ( $p = 0,0022$ ). La incidencia de ISM es significativamente más alta en la enfermedad de Behçet en comparación con el grupo control. La función celular endotelial disminuida puede ser la causa subyacente en la patogénesis de la enfermedad de Behçet o de sus complicaciones vasculares, tales como la ISM.

---

**19** Harris ED. Fundamentos del tratamiento combinado de la artritis reumatoidea basado en la fisiopatología. (The rationale for combination therapy of rheumatoid arthritis based on pathophysiology.) J Rheumatol 1996;23(suppl 44):2-4.

---

La artritis reumatoidea comienza con la activación de unas pocas células dentro de las articulaciones. El proceso inicial tiene su origen probablemente en la presentación de un

antígeno o superantígeno por glicoproteínas HLA-Dr específicas a los linfocitos receptores, tal vez acompañado por una activación retroviral de sinoviocitos y macrófagos. Después de este proceso inicial de activación también se activan muchos componentes diferentes de las respuestas inflamatorias, proliferativas y de inmunidad del hospedero. Estas respuestas incluyen la proliferación de células B, la biosíntesis de enzimas proteolíticas, la expresión de la citoquina, la activación de kinina, de las vías fibrinolíticas, del complemento y de la coagulación, la producción de prostaglandinas y leucotrienos, la generación de radicales libres de oxígeno y de óxido nítrico y la proliferación de sinoviocitos (panocitos)/condrocitos y sus productos de genes. En algún momento posterior al estímulo inicial, la sinovitis reumatoidea se puede convertir en un proceso autosostenido, sin que se requiera de la proteína o virus inicial inductor. En virtud de que son múltiples las formas de activación que comienzan a funcionar, es procedente considerar las opciones terapéuticas de efecto amplio que constituyen el fundamento de la terapia combinada. Hay que aclarar que ello no significa aplicar en la práctica dos agentes dirigidos contra el mismo trastorno (por ejemplo, dos medicamentos antiinflamatorios no esteroideos diferentes), sino más bien usar agentes que han demostrado la supresión *in vitro/in vivo* de los diferentes componentes de la lesión inflamatoria, inmune y proliferativa (por ejemplo, metotrexato y ciclosporina). Dada la abundancia de datos que sugieren que la destrucción irreversible de las articulaciones comienza relativamente temprano en el proceso de la enfermedad, resulta apropiado comenzar con un tratamiento combinado lo más pronto posible.

---

**20** Henry RR. Control de la glucosa y resistencia a la insulina en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. (Glucose control and insulin resistance in non-insulin-dependent diabetes mellitus.) *Ann Intern Med* 1996;124(1 pt 2):97-103.

---

La hiperglicemia crónica está implicada en la patogénesis de las complicaciones diabéticas microvasculares, neurológicas y macrovasculares. Estudios realizados recientemente demuestran que el control glicémico cercano a lo normal en la diabetes insulino dependiente reduce el riesgo de que ésta progrese, al punto de dar lugar a la aparición de complicaciones microvasculares y neurológicas. Con la expectativa de lograr beneficios comparables, se ha abogado por el logro de similares objetivos glicémicos para el tratamiento de la diabetes mellitus no insulino dependiente. Sin embargo, la aplicación de un tratamiento intensivo con insulina para alcanzar niveles glicémicos cercanos a lo normal en la diabetes mellitus no insulino dependiente puede llegar a ser un problema, debido a las diferencias básicas que existen en cuanto a la fisiopatología de los dos tipos de diabetes. La resistencia a la insulina es el principal factor que contribuye al desarrollo de una hiperglicemia en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente, además de impedir el logro de un nivel glicémico normal en la mayoría de los pacientes que usan los métodos convencionales de la dieta, el ejercicio y el tratamiento hipoglicémico por vía oral. Los niveles casi normales de glicemia en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente, se pueden lograr generalmente con insulina exógena, aunque con frecuencia se requieren grandes dosis para vencer la resistencia a la insulina. El tratamiento intensivo con insulina normaliza los niveles de glicemia, al disminuir la excreción hepática de glucosa y mejorar su captación periférica. Asimismo, puede mejorar la resistencia a la insulina y la secreción de ésta, al reducir la glucotoxicidad hiperglicémica. Sin embargo, grandes dosis de insulina exógena

están asociadas a la hiperinsulinemia y al aumento de peso. Tales efectos se pueden reducir al mínimo al combinar la insulina con otras formas de tratamiento, como pueden ser, por ejemplo, los agentes antidiabéticos orales. Cuando se aplica un tratamiento intensivo, la dosis de insulina exógena se debe mantener lo más baja posible. Esto implica que el control de la diabetes mellitus insulino dependiente debe ser parte de un método multifacético que combine la insulino terapia con otras modalidades terapéuticas efectivas, tales como el asesoramiento dietético, la práctica de ejercicios físicos y el uso de agentes antidiabéticos orales.

---

**21** Hill DA, Lense JJ. Traumatismo abdominal en la paciente embarazada. (Abdominal trauma in the pregnant patient.) *Am Fam Physician* 1996;53(4):1269-74.

---

Los médicos que atienden a las embarazadas deben estar preparados para evaluar y tratar los traumatismos abdominales que se puedan producir en ellas. La evaluación y el tratamiento de los traumatismos abdominales durante el embarazo, aunque éstos sean mínimos, con frecuencia son problemáticos, y el uso de las pruebas de laboratorio, el monitoreo fetal, la radiografía y el ultrasonido dependen de la extensión del traumatismo y de la viabilidad del feto. Las intervenciones varían desde la resucitación cardiopulmonar hasta la cirugía. Las pruebas comunes de laboratorio incluyen un recuento sanguíneo completo, pruebas de coagulación, análisis de orina y tipo de sangre y evaluación. El ultrasonido es útil para la evaluación del peso fetal y del estado del líquido amniótico, pero la tocodinametría es más sensible para el diagnóstico de la placenta abrupta. A las pacientes que presentan un traumatismo mínimo sin sangramiento, contracciones uterinas o dolor abdominal, se les puede dar de alta después de cuatro o seis horas con un adecuado monitoreo, pero las que tengan cualesquiera de esos problemas, deben ser ingresadas en el hospital para su observación con un monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca fetal.

---

**22** Iribarren C, Sharp D, Burchfiel CM, Sun P, Dwyer JH. Asociación del colesterol total sérico con las enfermedades coronarias y la mortalidad por todas las causas: corrección multivariada para el sesgo debido a errores de medición. (Association of serum total cholesterol with coronary disease and all-cause mortality: multivariate correction for bias due to measurement error.) *Am J Epidemiol* 1996;143(5):463-71.

---

Los errores en la medición de la exposición que se está investigando son una fuente de sesgo importante, pero con frecuencia ignorada, en los estudios de observación. Los autores de este artículo examinaron el impacto del error en la medición de la asociación entre el colesterol total sérico con la mortalidad por coronariopatías y por todas las causas, seguida durante 16 años en una cohorte de 6 137 hombres de mediana edad de ascendencia japonesa, en el marco del Honolulu Heart Program (Programa Cardíaco de Honolulu) (1973-1988). Se empleó el modelo de regresión de Cox, que permite modelar el tiempo de supervivencia con corrección para los errores de medición en covariantes múltiples. Después de controlar la edad, el índice de masa corporal, la presión sistólica, el hábito de fumar, el consumo de

alcohol, el colesterol en la dieta y la ingestión total de calorías, la diferencia de una desviación estándar (38 mg/dL) en el colesterol total se asoció con un aumento significativo en el riesgo de muerte por coronariopatías (proporción de riesgo no corregida = 1,35). Después de realizar la corrección para los errores de medición en el colesterol total y las covariantes (con excepción del hábito de fumar y la edad), el riesgo estimado aumentó a 1,65 (un aumento del 22 %). Se observó una relación en forma de U entre los niveles de colesterol total y el riesgo de mortalidad por todo tipo de causa. Esta asociación se examinó con un modelo cuadrático y con un modelo de regresión en forma de V o de dos inclinaciones. En el modelo cuadrático, la magnitud del término cuadrático del colesterol total aumentó tres veces después de realizar el ajuste para el error de medición. En el modelo en forma de V, la proporción del riesgo de muerte por todo tipo de causas, correspondiente a un cambio en una desviación estándar por encima de 214 mg/dL (el nadir de la V), fue de 1,15 y aumentó a 1,49 (en el 29 %) después de realizada la corrección. La proporción de riesgo correspondiente del cambio en una desviación estándar por debajo de 214 mg/dL fue de 1,11 y aumentó a 1,37 (en el 23 %), después de realizada la corrección. Los autores llegaron a la conclusión de que el impacto del colesterol total elevado sobre el riesgo de mortalidad por coronariopatías y por todas las causas puede ser mayor que los estimados previamente con métodos estándares de análisis. Además, la corrección de los errores de medición en el colesterol total y las covariantes, no explicó el exceso de mortalidad asociada con el colesterol total bajo. Es necesario realizar otras investigaciones para dilucidar los aspectos fundamentales de la asociación en forma de U, es decir, las implicaciones causales que pueden dar lugar a confusión.

---

**23** Keen H. Tratamiento de la diabetes mellitus no insulino dependiente: experiencia en Gran Bretaña. (Management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: the United Kingdom experience.) *Ann Intern Med* 1996;124(1 pt 2):156-9.

---

El tratamiento de las personas con diabetes mellitus no insulino dependiente en Gran Bretaña se asemeja al que se aplica en los Estados Unidos de Norteamérica. Sin embargo, la asistencia médica en Europa está recibiendo la influencia de la Declaración de Saint Vincent, iniciativa conjunta de la Federación Internacional de Diabetes y de la Organización Mundial Europea para la Salud, que hace énfasis en la prevención de las complicaciones producidas por esta enfermedad. En años recientes, la responsabilidad de la atención médica de la diabetes mellitus no insulino dependiente en el Reino Unido se ha desviado hacia los médicos generales. Se discute el efecto de este cambio sobre la calidad de la asistencia médica y de la función coordinadora y educacional de los equipos locales de especialistas en diabetes, así como la importancia de un «menu» individualizado de atención para cada paciente. Este menú está dirigido al logro de un control óptimo de los niveles de glucosa en sangre y a la detección y corrección de los factores de riesgo para las complicaciones diabéticas. La difusión del concepto erróneo de que la diabetes mellitus no insulino dependiente es una enfermedad «leve» debe detenerse, dado el peligro que implica. Se hace énfasis en la importancia de realizar una verificación sistemática del proceso y de los resultados del tratamiento de la diabetes, como, por ejemplo, la adquisición, recopilación y el análisis regular de datos que permitan alcanzar una mejoría continua en cuanto a la calidad de la atención médica. Aunque la comunicación médico-paciente constituye la esencia de una

buena atención, es evidente la necesidad de hacer evaluaciones a gran escala de la situación descrita sobre una base local, regional y nacional.

---

**24** Kiningham RB, Apgar BS, Schwenk TL. Evaluación de la amenorrea. (Evaluation of amenorrhea.) *Am Fam Physician* 1996;53(4):1185-94.

---

El embarazo es la causa más común de amenorrea y éste se debe descartar antes de proceder a una evaluación diagnóstica. Una revisión adecuada de la historia clínica y un examen físico cuidadoso pueden revelar evidencias de un exceso de andrógenos, deficiencia de estrógenos u otros trastornos endocrinos. Los niveles de prolactina sérica y de la hormona estimuladora del tiroides (TSH) deben chequearse en todas las mujeres que no estén embarazadas. Los antecedentes de galactorrea, o bien la detectada en el examen y/o un nivel elevado de prolactina, deben investigarse por vía imagenológica para poder descartar un adenoma de la pituitaria. Si los niveles de prolactina y de TSH son normales, se deberá realizar una prueba de provocación de progesterona para determinar la patencia del tracto de salida y el estado del estrógeno. A las mujeres con amenorrea hipoestrogénica, indicada por una prueba de provocación negativa y un tracto de salida competente, se les deberá medir los niveles de gonadotropina sérica, de la hormona estimulante del folículo y de la hormona luteinizante para determinar si la amenorrea representa una falla o deficiencia ovárica o una disfunción hipotalámica o pituitaria. La amenorrea hipotalámica es común en las mujeres con antecedentes de pérdida de peso, estrés o que realizan ejercicios físicos fuertes. Las mujeres que presentan amenorrea y adecuados niveles de estrógenos deben recibir ciclos de progesterona. La terapia hormonal y la administración de calcio se deben tener en cuenta en los casos de amenorrea hipoestrogénica.

---

**25** Klein R, Klein BEK, Moss SE. Relación del control glicémico con las complicaciones diabéticas microvasculares en la diabetes mellitus. (Relation of glycemetic control to diabetic microvascular complications in diabetes mellitus.) *Ann Intern Med* 1996;124(1 pt 2):90-6.

---

En una región de 11 condados de la parte sur de Wisconsin, se llevó a cabo un estudio de cohorte basado en la población para describir la relación existente entre la hemoglobina glucosilada y la incidencia, progreso, o ambos, de las complicaciones diabéticas microvasculares en personas con diabetes insulino o no insulino dependiente. Se incluyeron en el estudio todas las personas con diabetes mellitus insulino dependiente, a las que se les diagnosticó la enfermedad antes de cumplir los 30 años de edad, y que estaban recibiendo insulina (n = 996); además de una muestra de probabilidad (basada en la duración de la enfermedad) de individuos a los que se les diagnosticó la diabetes a la edad de 30 o más años y estuvieran recibiendo insulina (n = 674) o no (n = 696), y que participaron en un examen de base desde 1980 hasta 1982. Los sobrevivientes de la cohorte fueron reexaminados otra vez entre 1984 y 1986 y de 1990 a 1992. Se determinó la incidencia y el progreso de la retinopatía diabética mediante la graduación enmascarada de fotografías

esteroscópicas en colores del fondo de ojo y el uso de la escala de severidad modificada del Estudio del Tratamiento Precoz de la Retinopatía Diabética. La proteinuria macroscópica se determinó con el empleo de una varilla graduada. La incidencia de 10 años de diálisis renal o trasplante renal o pérdida de la sensación táctil o de la sensibilidad a la temperatura se determinaron sobre la base de la información que brindaron los propios pacientes. El nivel de la hemoglobina glucosilada al inicio se relacionó estrechamente con la incidencia o progreso, o con ambos, de la retinopatía diabética, así como con la incidencia de proteinuria macroscópica y de pérdida de la sensación táctil o de sensibilidad a la temperatura en personas con diabetes mellitus insulino o no insulino dependiente. Estos datos epidemiológicos prospectivos sugieren que el control glicémico está relacionado de forma similar con la incidencia o con el progreso de las complicaciones diabéticas microvasculares, tanto en los pacientes con diabetes mellitus insulino dependiente como en los no insulino dependientes. Sin embargo, se requieren más pruebas a partir de ensayos clínicos con individuos que padecen de diabetes mellitus no insulino dependiente para poder evaluar los riesgos y beneficios de ese tipo de tratamiento para prevenir tales complicaciones.

---

**26** Laakso M. Control glicémico y riesgo de enfermedad coronaria en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. (Glycemic control and the risk for coronary heart disease in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus.) *Ann Intern Med* 1996;124(1 pt 2):127-30.

---

Se revisaron los estudios de población que han tratado de encontrar la asociación entre el control glicémico y el riesgo de desarrollar una coronariopatía por los pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. Como fuentes de datos se utilizaron dos estudios, el primero de los cuales incluyó a 133 pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus no insulino dependiente procedentes de la parte oriental de Finlandia, y con edades comprendidas entre 45 y 64 años al inicio. A estos enfermos se les realizó un seguimiento de hasta 10 años para detectar la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. El segundo estudio incluyó a 229 pacientes con diagnóstico reciente o previo de diabetes mellitus no insulino dependiente, residentes también en la parte oriental de Finlandia y con edades que oscilaban entre los 65 y 74 años al inicio. A estas personas se les realizó un seguimiento de 3,5 años para detectar la mortalidad por coronariopatías y todo tipo de problemas por ellas ocasionados (mortalidad o infartos del miocardio no fatales). Los estudios fueron prospectivos, basados en la población, e incluyeron los indicadores de control glicémico y la evaluación de las enfermedades coronarias y el riesgo cardiovascular. En el primer estudio la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares de 10 años se mantuvo lineal y significativamente asociada al control glicémico (niveles de glucosa en sangre y de hemoglobina A<sub>1c</sub> glicosilada en ayunas), independientemente del tipo de tratamiento. Un alto nivel de glucosa en sangre en ayunas fue un pronóstico significativo de la mortalidad cardiovascular en múltiples análisis logísticos de regresión, independientemente de otros factores de riesgo. En el segundo estudio, la hemoglobina A<sub>1c</sub> glicosilada fue el factor de riesgo más importante asociado a las coronariopatías o la mortalidad por ellas provocadas. En el análisis de regresión logística múltiple, se observó una asociación significativa entre la hemoglobina A<sub>1c</sub> glicosilada y la muerte por coronariopatías después de realizar el ajuste

de otros factores de riesgo cardiovascular. En virtud de los resultados de los dos estudios prospectivos y poblacionales realizados en Finlandia, se puede concluir que existe una asociación lineal entre el control glicémico y el riesgo de enfermedad coronaria en ancianos y pacientes de mediana edad que padecen diabetes mellitus no insulino dependiente.

---

**27** Litman K. Un enfoque racional para el diagnóstico de la artritis. (A rational approach to the diagnosis of arthritis.) *Am Fam Physician* 1996;53(4):1295-310.

---

La evaluación de los pacientes con dolores articulares comienza durante la confección de la historia clínica y el examen físico cuando existen varias posibilidades para un diagnóstico diferencial. Muchos pacientes con dolores articulares presentan síntomas leves que desaparecen espontáneamente y que se tratan mejor de forma conservadora. Las excepciones son aquellos pacientes con monartritis aguda y efusión, en quienes la artritis séptica se debe descartar con frecuencia mediante la realización de una aspiración diagnóstica de la articulación. Los pacientes con evidencias de inflamación activa de la articulación también requieren de una rápida evaluación. Las pruebas de laboratorio que se realizan por problemas reumatológicos no tienen una gran sensibilidad y especificidad que permitan su uso como instrumentos de pesquiasaje. Las pruebas de laboratorio son válidas cuando se emplean selectivamente en pacientes con posibilidades clínicamente significativas de presentar la enfermedad. Una sola prueba que se use para demostrar o descartar las enfermedades articulares es más útil que la aplicación de un conjunto de pruebas a cada paciente con dolor articular. Las pruebas deben ayudar a determinar el pronóstico o a planificar el tratamiento.

---

**28** McDuffie RS, Beck A, Bischoff K, Cross J, Orleans M. Efecto de la frecuencia de las visitas de atención prenatal en los resultados perinatales entre mujeres de bajo riesgo. (Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women.) *JAMA* 1996;275(11):847-51.

---

En 1989, el Panel de Expertos sobre el Contenido de la Atención Prenatal estableció las pautas a seguir en relación con la frecuencia y el contenido de la atención prenatal, e incluyó un plan que contemplaba menos visitas prenatales que las que tradicionalmente se hacían a las mujeres con bajo riesgo obstétrico. A partir de este antecedente, se comprobó la hipótesis de que no hay aumentos significativos en los resultados perinatales adversos cuando se realizan menos visitas prenatales a mujeres con bajo riesgo. A tal efecto, se sometió a un estudio aleatorio controlado a 2 764 mujeres embarazadas consideradas con bajo riesgo de presentar resultados perinatales adversos. Después de hacer una valoración para determinar el riesgo obstétrico, las participantes se distribuyeron al azar en un plan experimental (9 visitas) y en un plan de control (14 visitas) con visitas adicionales por indicación o por deseo expreso de la paciente. Como promedio, se realizaron 2,7 visitas menos en el grupo experimental que en el grupo control. No hubo aumentos significativos en cuanto a los principales resultados del grupo experimental: parto pretérmino (riesgo relativo [RR], 1,08, intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,92 a 1,27,  $p = 0,19$ ), preeclampsia

(RR, 0,94, IC del 95 %, 0,78 a 1,14,  $p = 0,74$ ), operación cesárea (RR, 1,04, IC del 95 %, 0,93 a 1,17,  $p = 0,25$ ) y bajo peso al nacer (RR 0,94, IC del 95 %, 0,78 a 1,12,  $p = 0,76$ ). No se observaron diferencias entre los dos grupos en cuanto a la satisfacción de las pacientes con la calidad de la atención prenatal. Con la aplicación del programa de visitas propuesto por el Panel de Expertos sobre el Contenido de la Atención Prenatal, se mantuvieron los resultados positivos, tanto en las acciones perinatales como en cuanto al grado de satisfacción de las pacientes.

---

**29** Mettler FA, Upton AC, Kelsey ChA, Ashby RN, Rosenberg RD, Linver MN. Beneficios contra riesgos de la mamografía: una reevaluación crítica. (Benefits versus risks from mammography: a critical reassessment.) *Cancer* 1996;77(5):903-9.

---

El empleo de la mamografía se ha incrementado rápidamente en la última década. La justificación para indicar un examen mamográfico radica en su beneficio potencial para la detección precoz del cáncer de mama, lo cual contribuye a la reducción de la mortalidad por esta causa. Sin embargo, este beneficio se debe sopesar contra el riesgo potencial asociado de carcinogénesis radiactiva, los costos y otros factores. La mayoría de las publicaciones que se han editado hasta la fecha se han concentrado en los factores de riesgo de la radiación y en los datos de estudios dados a conocer hace aproximadamente una década, los que ya resultan obsoletos debido a los resultados de estudios epidemiológicos más recientes. En este informe se examina la literatura actualizada en relación con los beneficios de la detección del cáncer y el riesgo de carcinogénesis por radiación, y se calcula la relación riesgo/beneficio para las mujeres que comienzan a realizarse pesquisajes mamográficos anuales a diferentes edades. Se han utilizado datos actualizados para calcular los beneficios individuales esperados y los riesgos de la radiación asociados con los pesquisajes mamográficos anuales. Según la literatura actual que aborda el tema, todo parece indicar que no es tanto el riesgo de cáncer de mama asociado con la exposición a la radiación de las mamografías anuales en mujeres mayores de 35 años, aunque existen indicios de que la exposición de las mujeres más jóvenes sí puede ser peligrosa para ciertos subgrupos genéticamente sensibles. De lo anterior se puede concluir que los datos recientes demuestran que en el caso de las mujeres que comienzan a realizarse mamografías anuales a la edad de 50 años y continúan haciéndolo hasta los 75, el beneficio excede al riesgo de exposición a la radiación por un factor de casi 100. Incluso, en el caso de las mujeres que comienzan el pesquisaje mamográfico a la edad de 35 años y continúan hasta los 75, se proyecta que el beneficio de reducir la mortalidad excede al riesgo de radiación por un factor de más de 25.

---

**30** Mitchell HS, Giles GG. Diagnóstico del cáncer posterior a un reporte de citología cervical negativa. (Cancer diagnosis after a report of negative cervical cytology.) *Med J Aust* 1996;164(5):270-3.

---

Se realizó un estudio prospectivo de la incidencia de cáncer de las células escamosas del cuello del útero, entre 1990 y 1993, a mujeres residentes en Victoria, Australia, con

resultados negativos de la prueba citológica que se les practicó en 1990. Por otra parte, se estudiaron retrospectivamente los resultados negativos de la prueba citológica desde 1990 hasta 1993, en mujeres de la misma región, a las que se les diagnosticó cáncer del cuello uterino en 1993. La tasa promedio de cáncer del cuello uterino fue de 2,54 casos anuales de cáncer de las células escamosas por cada 100 000 mujeres (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,75 a 3,67) durante los tres primeros años después de recibir un informe negativo de la prueba citológica. La tasa de cáncer no varió por grupo etario ni por el estado endocervical del informe negativo. De los 233 casos de cáncer del cuello uterino diagnosticados durante 1993, 56 mujeres (24 %) tuvieron un informe citológico negativo durante los tres años precedentes. La frecuencia de resultados citológicos negativos precedentes fue mayor en los casos de cáncer de células no escamosas (22 mujeres [33 %] de 66 casos) que en los de cáncer de las células escamosas (34 mujeres [20 %] de 167 casos). Se concluye que la tasa de diagnóstico de cáncer es muy baja en comparación con las tasas esperadas en ausencia de un pesquisaje, lo que indica la efectividad de un programa de pesquisaje de cáncer del cuello uterino en Victoria.

---

**31** Nathan DM, Fisiopatología de las complicaciones diabéticas: ¿a dónde llegan las explicaciones de la hipótesis de la glucosa? (The pathophysiology of diabetic complications: how much does the glucose hypothesis explain?) *Ann Intern Med* 1996;124(1 pt 2):86-9.

---

Para examinar los supuestos mecanismos patogenéticos de las complicaciones específicas a largo plazo de la diabetes mellitus, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura más relevante sobre las complicaciones diabéticas a largo plazo y su patogénesis. Se seleccionaron los estudios de la diabetes mellitus con modelos animales, las investigaciones epidemiológicas acerca de la enfermedad y sus complicaciones a largo plazo, y los estudios de intervención que evaluaron su tratamiento intensivo, así como su efecto en el desarrollo y progreso de las complicaciones. De la síntesis de los datos se obtuvo que la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía diabéticas aparecen en todas las formas clínicas de la diabetes mellitus, independientemente de la causa de la enfermedad. La hiperglicemia figura como la principal variable entre las diferentes formas clínicas. Los datos epidemiológicos, los estudios sobre la diabetes realizados con animales y los resultados de recientes estudios de intervención como los Ensayos Clínicos de Control de la Diabetes y sus Complicaciones, indican que la hiperglicemia desempeña una función muy importante, y tal vez predominante, en la patogénesis de las complicaciones. Sin embargo, puede ser que las diversas complicaciones no tengan la misma patogénesis. Diferentes mecanismos patogenéticos pueden funcionar en diversos tipos de complicaciones diabéticas o en distintas etapas de las complicaciones específicas o, incluso, ambos fenómenos pueden manifestarse al unísono. De estos resultados se puede inferir que el nivel de glicemia crónica es el factor concomitante mejor establecido asociado a las complicaciones diabéticas. Todavía se desconoce el mecanismo mediante el cual la hiperglicemia puede causar tales complicaciones, y estamos muy lejos de poder establecer una evidencia sobre un mecanismo patogenético uniforme.

- 
- 32** Newkirk GR. Enfermedad pélvica inflamatoria: un enfoque contemporáneo. (Pelvic inflammatory disease: a contemporary approach.) Am Fam Physician 1996;53(4):1127-35.
- 

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) tiene su origen en una infección polimicrobiana ascendente de patogénesis no definida. Una de cada 10 mujeres en los Estados Unidos presenta inflamación pélvica durante los años reproductivos. Los costos del tratamiento de esta enfermedad y sus secuelas sobrepasan los 5 billones de dólares al año. Una de cada cuatro mujeres con inflamación pélvica presenta serias secuelas que incluyen infertilidad, embarazos ectópicos o dolor crónico en esa zona. Las pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria presentan un conjunto de síntomas y signos clínicos, ninguno de los cuales permite establecer un diagnóstico definitivo. Este depende en gran medida de las sospechas del médico, de la intervención terapéutica empírica y de un cuidadoso seguimiento. Los lineamientos revisados de los Centros para el Control de Enfermedades incluyen recomendaciones sobre el uso de antibióticos de amplio espectro, con los que se empieza el tratamiento antes de obtener los resultados de los cultivos. Actualmente las indicaciones para la hospitalización son más liberales que cuando se consideraban las antiguas recomendaciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. El reconocimiento rápido de la enfermedad, el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas por la paciente y el tratamiento de la pareja sexual disminuyen el riesgo de posibles secuelas. Los médicos de familia pueden brindar una contribución significativa en la atención de las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria.

- 
- 33** Nidore DM, Jaminson ER. Proctalgia fugaz. (Proctalgia fugax.) Am Fam Physician 1995;52(8):2238-40.
- 

La proctalgia fugaz es una causa muy común, pero poco conocida, de dolor rectal. Es una enfermedad benigna de origen desconocido. Los síntomas consisten en un dolor episódico, agudo y de aparición brusca en la región anorrectal, que generalmente puede prolongarse de algunos segundos a varios minutos. El diagnóstico se establece sobre la base de los síntomas que concuerdan con el clásico cuadro clínico, conjuntamente con un examen físico normal. Se han indicado diferentes tratamientos y según anécdotas de los propios pacientes éstos han resultado eficaces, aunque la devolución de la tranquilidad al paciente es la opción terapéutica más adecuada.

- 
- 34** Nikolaizik WH, Schöni MH. Estudio piloto para evaluar el efecto de los corticosteroides inhalados sobre la función pulmonar en pacientes con fibrosis quística. (Pilot study to assess the effect of inhaled corticosteroids on lung function in patients with cystic fibrosis.) J Pediatr 1996;128(2):271-4.
- 

Se informan los resultados de un estudio piloto realizado con 49 pacientes con fibrosis quística y obstrucción bronquial de moderada a severa (volumen de espiración forzada en

1 segundo 55 % del valor pronosticado). A 25 pacientes se les administró corticosteroides por inhalación durante 30 días (1 500 µg de beclometasona mediante un nebulizador) y a los restantes 24 se les indicó el mismo tratamiento estándar, pero sin corticosteroides. Todo ello se hizo con el objetivo de determinar el efecto de la inhalación de corticosteroides sobre la función pulmonar de las personas que padecen de fibrosis quística. La capacidad vital forzada, el volumen de espiración forzada en 1 segundo y la resistencia de las vías respiratorias, mostraron una mejoría significativa en ambos grupos de estudio, pero el volumen de gas torácico y la capacidad de difusión del pulmón para el monóxido de carbono mejoraron significativamente sólo en el grupo que recibió corticosteroides por inhalación. Cuando se tomaron en consideración los medicamentos complementarios, el análisis de varianza confirmó el efecto significativo de la administración de corticosteroides por inhalación sobre el mejoramiento del volumen de gas torácico. Todo esto hace presumir que la inhalación de corticosteroides en combinación con un tratamiento estándar puede contribuir al mejoramiento de la función pulmonar en pacientes con fibrosis quística y obstrucción bronquial de moderada a severa. Los datos preliminares son lo suficientemente prometedores como para garantizar la realización de un estudio multicentro, a largo plazo y a doble ciegas.

---

**35** Nuovo J, Melnikow J, Paliescheskey M. Manejo de pacientes con anomalías atípicas y de bajo grado en el frotis de Papanicolaou. (Management of patients with atypical and low-grade Pap smear abnormalities.) *Am Fam Physician* 1995;52(8):2243-50.

---

Los médicos de familia atienden con frecuencia pacientes que presentan anomalías atípicas y de bajo grado en el frotis de Papanicolaou. A pesar de que existe un consenso general en relación con la evaluación y tratamiento de las pacientes con displasia de alto grado y carcinoma detectado en ese tipo de prueba citológica, el tratamiento apropiado de las anomalías atípicas y de bajo grado continúa siendo objeto de controversias. Algunos lineamientos emitidos recientemente por el National Cancer Institute sugieren la consideración de un método de tratamiento más conservador, con la realización de frotis repetidos como alternativa a la colposcopia inmediata. También se ha propuesto el tratamiento conservador como alternativa a los procedimientos de ablación o excisión para aquellas mujeres con evidencias histológicas de displasia de bajo grado. No es probable que un método que incluya una estrategia diagnóstica conservadora y un cuidadoso seguimiento dé como resultado un aumento en el número de casos de cáncer del cuello uterino pasados por alto. Esta suposición necesita ser evaluada mediante ensayos clínicos prospectivos.

---

**36** Oliveti JF, Kerckmar CM, Redline S. Factores de riesgo prenatal y perinatal del asma en niños afroamericanos que residen en el centro de la ciudad. (Pre- and perinatal risk factors for asthma in inner city african-american children.) *Am J Epidemiol* 1996;143(6):570-7.

---

Se investigaron las relaciones entre los factores de riesgo prenatal y perinatal y el asma en un estudio de casos y controles de 262 niños afroamericanos con edades comprendidas

entre los 4 y los 9 años, tanto asmáticos como no asmáticos, que residían en un área urbana pobre y recibían asistencia médica en clínicas locales. Los factores de riesgo se valoraron mediante la revisión de los registros obstétricos, perinatales y pediátricos. Los niños asmáticos presentaron un peso al nacer significativamente menor y también una menor edad gestacional que los no asmáticos y tuvieron más posibilidades de necesitar oxígeno y ventilación a presión positiva después del nacimiento que los no asmáticos ( $p < 0,05$ ). Las madres de los niños asmáticos tuvieron más probabilidades de haber fumado durante el embarazo (50 % contra 27 %) de haber ganado menos peso (26,3 libras [11,9 kg] contra 34,5 libras [15,7 kg]) y de no haber recibido atención prenatal (12 % contra 2 %) en comparación con las madres de niños no asmáticos. La regresión logística múltiple demostró que los factores de predicción independientes más fuertes del asma fueron los antecedentes maternos de asma (razón de disparidad ajustada [RD] = 9,7), falta de atención prenatal (RD = 4,7), antecedentes de bronquitis (RD = 4,7), ventilación a presión positiva en el nacimiento (RD = 3,3), bajo aumento del peso materno ( $< 20$  libras =  $< 9$  kg) (RD = 3,4) y hábito de fumar materno durante el embarazo (RD = 2,8). Estos datos sugieren que la exposición prenatal y perinatal puede aumentar la susceptibilidad para desarrollar asma en niños del centro de la ciudad.

---

**37** Orr DP, Langefeld CD, Katz BP, Caine VA. Intervención conductual para incrementar el uso del condón entre adolescentes femeninas de alto riesgo. (Behavioral intervention to increase condom use among high-risk female adolescents.) *J Pediatr* 1996;128(2):288-95.

---

Con el objetivo de determinar si el uso del condón entre las adolescentes del sexo femenino se puede incrementar, si se toma como biomarcador la ocurrencia de infección por *Chlamydia trachomatis* en este grupo de riesgo, se diseñó una intervención controlada prospectiva y aleatoria en varias clínicas urbanas de planificación familiar que atienden las enfermedades de transmisión sexual. Recibieron tratamiento 209 adolescentes hembras en edades comprendidas entre 15 y 19 años por presentar una infección genitourinaria causada por *C. trachomatis*. Las pacientes se asignaron al azar a un grupo estándar (control) y a otro experimental (intervención conductual). Ciento doce adolescentes retornaron para recibir seguimiento a los 5-7 meses después de haber sido captadas y conformaron el grupo de estudio. Las jóvenes que participaron en él llenaron un cuestionario multiinstrumento que determinó la conducta sexual, la práctica del uso del condón, las actitudes y creencias, la complejidad cognoscitiva, los factores sociodemográficos y la motivación para participar y recibir el seguimiento. Se tomaron muestras endocervicales y endocervicales para determinar la presencia de *C. trachomatis*. Entre las 112 adolescentes que regresaron para la repetición del examen, aquellas que habían recibido la intervención experimental informaron un aumento en el uso del condón por parte de sus parejas como medida de protección contra las enfermedades de transmisión sexual (razón de disparidad [RD] = 2,4,  $p = 0,02$ ) y para el coito vaginal (RD = 3,1,  $p = 0,005$ ) a los 6 meses de seguimiento. El análisis de regresión logística multivariado con que se realizó el control del uso del condón en el momento de la captación, demostró que la intervención experimental (RD = 2,8,  $p = 0,03$ ) y una complejidad cognoscitiva mayor (RD = 4,6,  $p = 0,02$ ) de forma independiente contribuyeron a estimular el uso del condón en el seguimiento. A pesar de

que se logró un mayor uso de este dispositivo profiláctico entre el grupo de adolescentes que recibieron la intervención, dicha acción preventiva se mantuvo inconsistente y las tasas de reinfección por *C. trachomatis* no mostraron diferencias significativas (26 % contra 17 %,  $p = 0,3$ ). Se concluye que si bien el ejercer una influencia transitoria sobre la conducta sexual de las adolescentes de alto riesgo puede contribuir a aumentar el uso del condón por parte de sus parejas, la incidencia de infección no parece reducirse, dado que la práctica de esta medida sigue siendo inconsistente.

---

**38** Peters RK, Kjos SL, Xiang A, Buchanan TA. Efecto diabetógeno a largo plazo del embarazo simple en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional. (Long-term diabetogenic effect of single pregnancy in women with previous gestational diabetes mellitus.) *Lancet* 1996;347(8996):227-30.

---

El embarazo se asocia a una notable resistencia a la insulina, que parece tener muy poco impacto, si tiene alguno, sobre el riesgo de que la población contraiga diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) a largo plazo. El objetivo de este estudio fue demostrar hasta qué punto el embarazo puede modificar el riesgo de desarrollar DMNID en las mujeres con una alta prevalencia de disfunción de las células betapancreáticas, por tener antecedentes de diabetes mellitus gestacional. El grupo de estudio estuvo compuesto por 666 mujeres de procedencia latina que padecían de diabetes gestacional y que se atendían en una clínica de planificación familiar para pacientes de alto riesgo. Se les realizó un seguimiento de hasta 7,5 años, tiempo durante el cual se pesaron y se les realizó anualmente una prueba de tolerancia a la glucosa. Se examinó el efecto de un embarazo adicional y de otros factores de riesgo para la diabetes. Ochenta y siete (13 %) de las mujeres tuvieron otro embarazo, 80 de ellas no presentaron DMNID inmediatamente después de la gestación y la tasa de incidencia anual subsiguiente de la enfermedad fue del 30,9 % (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 12,7 a 49,1), más de 2,5 veces mayor que la tasa de incidencia anual en la cohorte total (11,9 %, IC del 95 %, 10,0 a 13,8). El análisis de regresión de riesgo proporcional, a partir de la presencia o ausencia de una gravidez posterior como variable dependiente del tiempo, confirmó que el embarazo adicional aumentó la proporción de la tasa de DMNID a 3,34 (IC 95 %, 1,80 a 6,19), en comparación con las mujeres que no gestaron posteriormente, lo cual se ajustó a otros factores de riesgo potenciales de la diabetes durante el embarazo (tolerancia a la glucosa oral antepartum, niveles más altos de glucosa en ayunas, edad gestacional al momento de diagnosticada la diabetes) y durante el seguimiento (índice de masa corporal posparto, tolerancia a la glucosa, alteraciones en el peso corporal, lactancia materna y meses de uso de anticonceptivos). El aumento de peso se asoció también de manera independiente al incremento del riesgo de desarrollar una diabetes mellitus no insulino dependiente, la proporción de la tasa fue de 1,95 (IC del 95 %, 1,63 a 2,33) por cada 10 libras (4,5 kg) aumentadas durante el seguimiento después de realizar el ajuste por el embarazo adicional y por los otros factores de riesgo potenciales. El estudio demostró que un embarazo simple, independientemente del conocido efecto del aumento de peso, acelera el desarrollo de la diabetes mellitus insulino dependiente en las mujeres con una alta prevalencia de disfunción pancreática de las células beta. Este hallazgo implica que los episodios de resistencia a la insulina pueden contribuir a una reducción de la función de las células beta, lo que a su vez puede conllevar una diabetes mellitus no insulino dependiente en individuos con alto riesgo.

- 
- 39** Pinner RW, Teutsch SM, Simonsen L, Klug LA, Graber JM, Clarke MJ, et al. Tendencias en la mortalidad por enfermedades infecciosas en los Estados Unidos. (Trends in infectious diseases mortality in the United States.) JAMA 1996;275(3):189-93.
- 

Para evaluar las tendencias actuales de la mortalidad por enfermedades infecciosas en los Estados Unidos, se diseñó un estudio descriptivo de este indicador para cuya realización se tomó como base la codificación de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se utilizó, además, la información referente a las múltiples causas de muerte, recuperada en el Centro Nacional de Estadísticas, y que abarca el período 1980 - 1992. La atención se concentró en las causas subyacentes de muerte y en los códigos que representan exclusivamente a las enfermedades infecciosas. En el lapso considerado, la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas como causa de muerte subyacente aumentó al 58 %, de 41 a 65 muertes por cada 100 000 habitantes en los Estados Unidos. La mortalidad por igual causa ajustada a la edad aumentó en el 39 % durante el mismo período. Este indicador se incrementó en el 25 % entre las personas de 65 o más años de edad (de 271 a 338 por cada 100 000 habitantes) y 6,3 veces más entre las personas de 25 a 44 años (de 6 a 38 muertes por cada 100 000 habitantes). La mortalidad por infecciones del tracto respiratorio aumentó al 20 %, (de 25 a 30 muertes por cada 100 000 habitantes, mientras que las muertes atribuidas al virus de la inmunodeficiencia humana se elevaron desde virtualmente ninguna hasta 13 por cada 100 000 habitantes en 1992, y la tasa de mortalidad por septicemia tuvo un alza del 83 % (de 4,2 a 7,7 por cada 100 000 habitantes). A pesar de las predicciones históricas de que las enfermedades infecciosas disminuirían en los Estados Unidos, estos datos demuestran que la mortalidad causada por ellas ha ido aumentando en ese país en los últimos años.

- 
- 40** Plawker MW, Fleisher JM, Nitti VW, Macchia RJ. Médicos de atención primaria: análisis de sus percepciones de la disfunción de vaciamiento y del cáncer de próstata. (Primary care practitioners: and analysis of their perceptions of voiding dysfunction and prostate cancer.) J Urol 1996;155(2):601-4.
- 

Se analizaron los patrones de la práctica y de las remisiones de los médicos de atención primaria en cuanto al diagnóstico del cáncer de próstata y la evaluación y tratamiento de la disfunción de vaciamiento. Se envió, por correo, un cuestionario anónimo de opciones múltiples a todos los médicos de atención primaria de Brooklyn, Nueva York, registrados en la Sociedad Médica de ese estado. Más del 25 % de los médicos de atención primaria comienzan a realizar un examen digital rectal después que el paciente cumple los 55 años. En comparación con el antígeno específico de la próstata (AEP), el 59 % de los médicos cree que el examen digital rectal es más sensible, que ambas pruebas son iguales, o las desconocen. Con respecto al AEP, el 11 % de los que respondieron comienzan a realizar la prueba a los pacientes después de los 60 años de edad, el 11 % evalúa por AEP sólo si el examen digital del recto es anormal y más del 3 % nunca realizan la prueba del AEP. Aproximadamente, el 45 % de los médicos de atención primaria indicaron que el valor del

AEP mayor que 4,0 ng/mL significa la presencia de cáncer de próstata, independientemente de la edad del paciente, del tamaño de la próstata o de la presencia de prostatitis, y el 50 % piensa que el examen digital del recto eleva el AEP de forma clínicamente significativa. Aunque el 93,2 % de los que respondieron remiten al paciente a un urólogo después de palpar un nódulo prostático, solamente el 51,1 % remiten al paciente si encuentran un área de endurecimiento. Del 47,2 % de los que respondieron usar farmacoterapia por una disfunción de vaciamiento con finasterida, terazosín o ambos, el 15 % desconocía los mecanismos de acción de los medicamentos. De los que prescribían la finasterida, el 68,6 % desconoce sus efectos en el AEP sérico. En general, el 66,5 % de los médicos de atención primaria no están familiarizados con el Índice de Síntomas de la Asociación Urológica Americana, mientras que solamente el 15 % de los que aplican la farmacoterapia lo utilizan como recurso diagnóstico. De lo anterior se deduce que los médicos de atención primaria necesitan más instrucción con respecto al uso de la prueba del AEP, el examen digital del recto y la farmacoterapia en la disfunción de vaciamiento. Se debe tomar en consideración el establecimiento de pautas a seguir para las remisiones urológicas.

---

**41** Replogle WH, Beebe DK. Halitosis. (Halitosis.) Am Fam Physician 1996;53(4):1215-23.

---

Aunque generalmente se piensa en la halitosis como un problema social relacionado con la falta de higiene o alguna enfermedad de la cavidad bucal, también puede indicar la presencia de un serio trastorno de carácter general que requiere de un diagnóstico y tratamiento. La halitosis puede tener su origen en factores patológicos o no patológicos, tanto locales como generales. Un examen físico completo con estudios radiográficos y de laboratorio, según indiquen el examen físico y los antecedentes, generalmente ayudarán a identificar la causa de la halitosis. El tratamiento se dirige hacia la causa subyacente. Se pueden emplear medidas simples, incluyendo la higiene bucal, para eliminar o atenuar el mal olor del aliento.

---

**42** Richardson Ch, Emery P. Marcadores de laboratorio de la actividad de la enfermedad. (Laboratory markers of disease activity.) J Rheumatol 1996;23(suppl 44):23-30.

---

La artritis reumatoidea está asociada a numerosas anormalidades que se pueden determinar en el laboratorio. Esas determinaciones se usan más comúnmente para monitorear la enfermedad, pero también pueden proporcionar información para el pronóstico; con menos frecuencia se utilizan para apoyar el diagnóstico clínico. En general, los marcadores cuantitativos se emplean para monitorear la enfermedad en su etapa más temprana. Por el contrario, los marcadores cualitativos pueden proporcionar información para el pronóstico, lo cual es de particular importancia para el tratamiento oportuno. Los marcadores con mejores posibilidades para la confirmación de erosiones radiológicas son el epitopo MHC conservado y el factor reumatoideo. Cuando se trata de enfermedades establecidas, la mayoría de las determinaciones cuantitativas indican un mal pronóstico. Por lo tanto, la elección del mejor marcador depende no sólo del propósito para el cual se usa, sino también de la etapa de la enfermedad.

- 
- 43** Rimm EB, Ascherio A, Giovannucci E, Spiegelman D, Stampfer MJ, Willet WC. Ingestión de fibras vegetales, frutas y cereales y riesgo de contraer coronariopatías en los hombres. (Vegetable, fruit, and cereal fiber intake and risk of coronary heart disease among men.) JAMA 1996;275(6):447-51.
- 

Con el objetivo de determinar la posible relación existente entre la ingestión de la fibra dietética y el riesgo de contraer coronariopatías, se realizó un estudio prospectivo de cohorte que incluyó una muestra de 43 757 profesionales de la salud estadounidenses del sexo masculino, con edades comprendidas entre los 40 y los 75 años, y sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares ni de diabetes. Estos sujetos respondieron, en 1986, un cuestionario detallado con 131 preguntas, que sirvió para medir la ingestión usual de fibra dietética total y de fuentes específicas de alimentos que contienen fibra. Durante los 6 años de seguimiento, se produjeron 734 infartos del miocardio (229 fatales). El riesgo relativo ajustado a la edad (RR) del total de infartos del miocardio fue de 0,59 (IC del 95 %, 0,46 a 0,76) entre los hombres en el quintil más alto de ingestión de fibra dietética total (mediana, 28,9 g/d), en comparación con los hombres en el cuartil más bajo (mediana, 12,4 g/d). La asociación inversa fue mayor por coronariopatía fatal (RR, 0,45, IC del 95 %, 0,28 a 0,72). Después de realizar el ajuste de control por hábito de fumar, actividad física y otros riesgos de enfermedad cardiovascular no relacionados con la dieta, grasas saturadas, ingestión de vitamina E, energía total y de alcohol, los riesgos relativos fueron atenuados modestamente. Un aumento de 10 g en la fibra dietética total correspondió a un riesgo relativo de infarto del miocardio de 0,81 (IC del 95 %, 0,70 a 0,93). Dentro del grupo de los tres alimentos principales que más contribuyen a la ingestión total de fibra (vegetales, frutas y cereales), la fibra del cereal se asoció mucho más con la reducción del riesgo de infartos totales del miocardio (RR, 0,71, IC del 95 %, 0,55 a 0,91 por cada aumento diario de 10 g en la fibra del cereal. Estos resultados sugieren que existe una asociación inversa entre la ingestión de fibra y el infarto del miocardio, y apoyan, asimismo, los lineamientos dietéticos nacionales actuales que recomiendan aumentar la ingestión de fibra y sostienen que ésta, con independencia de la ingestión de grasa, es un componente dietético importante para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

- 
- 44** Romieu I, Hernández-Avila M, Lazcano E, López L, Romero-Jaime R. Cáncer de mama y antecedentes de lactancia materna en mujeres mexicanas. (Breast cancer and lactation history in mexican women.) Am J Epidemiol 1996;143(6):543-52.
- 

Los autores realizaron un estudio de casos y controles en Ciudad de México entre septiembre de 1990 y diciembre de 1992, para determinar si la relación dosis-respuesta se podía observar entre la duración de la lactancia materna y el riesgo de desarrollar un cáncer de mama. Los casos, mujeres en edades comprendidas entre los 20 y 75 años, se identificaron en seis hospitales radicados en Ciudad de México (n = 349) y se entrevistaron para obtener datos sobre los factores de riesgo de cáncer de mama, incluyendo una detallada historia sobre la lactancia materna. Los controles (n = 1 005) se seleccionaron de la

población general a partir del marco de muestreo nacional mexicano. Las mujeres que alguna vez habían lactado a sus hijos presentaron una reducción en el riesgo de desarrollar un cáncer de mama (razón de disparidad [RD] ajustada a la edad = 0,39, intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,25 a 0,62). Se observó una pequeña tendencia a la disminución del riesgo de cáncer de mama relacionada con la duración de la lactancia materna ( $p < 0,001$ ). En comparación con las mujeres que habían tenido hijos, pero que nunca lactaron, las mujeres que sí amamantaron a sus hijos durante 12-24 meses presentaron una RD ajustada a la edad de 0,47 (IC del 95 %, 0,27 a 0,83). Se observó un mayor efecto protector con la duración de la lactancia para el primer hijo nacido vivo entre las mujeres pre y posmenopáusicas (lactancia durante 4-12 meses, RD = 0,56, IC del 95 %, 0,32 a 0,96) y una RD = 0,48 (IC del 95 %, 0,29 a 0,81) en mujeres pre y posmenopáusicas, respectivamente. El ajuste realizado por los factores que potencialmente pueden dar lugar a confusión modificó ligeramente estos resultados. La tendencia descendiente en la fertilidad y la lactancia entre las mujeres mexicanas podría dar lugar a una mayor epidemia de cáncer de mama, como la observada en los países occidentales.

---

**45** Rosenberg LF. Glaucoma: detección precoz y tratamiento para la prevención de la pérdida de la visión. (Glaucoma: early detection and therapy for prevention of vision loss.) Am Fam Physician 1995;52(8):2289-90.

---

El glaucoma es la segunda causa más común de ceguera permanente en los Estados Unidos y el primer motivo de este padecimiento entre las personas de la raza negra. La enfermedad se caracteriza por la atrofia óptica y la pérdida de visión como resultado de una tensión ocular muy elevada que no permite el normal funcionamiento del nervio óptico. El examen del nervio óptico y la evaluación de los factores de riesgo individuales ayudan a identificar a los pacientes que presentan riesgo de desarrollar la enfermedad. Aunque el glaucoma es una afección crónica, se pueden prevenir las complicaciones oculares y la visión se puede preservar si éste se detecta a tiempo. La combinación de medicamentos antiglaucoma, el tratamiento con láser y la cirugía de filtración, son recursos que mantienen la presión intraocular en un nivel suficiente como para detener el progreso de la lesión del nervio óptico y prevenir una futura pérdida de la visión.

---

**46** Santilli JD, Rodnick JE, Santilli SM. Claudicación: diagnóstico y tratamiento. (Claudication: diagnosis and treatment.) Am Fam Physician 1996;53(4):1245-53.

---

La claudicación es un dolor en las extremidades inferiores inducido por el ejercicio, causado por una isquemia y que se alivia con el reposo. Esta enfermedad, de la que no se informa con mucha frecuencia, afecta por lo menos al 10 % de las personas mayores de 70 años de edad y al 2 % de las comprendidas entre los 37 y los 69 años. La claudicación es usualmente originada por un estrechamiento aterosclerótico de las arterias que suministran la sangre a las extremidades inferiores. El diagnóstico se puede establecer sobre la base de los antecedentes y del examen físico y se puede confirmar mediante la

presión segmentaria de Doppler y un índice del tobillo/braquial. El tratamiento inicial incluye la modificación de los factores de riesgo y un programa de ejercicios. El tratamiento posterior incluye la administración de pentoxifilina y ocasionalmente procedimientos endovasculares o una derivación.

---

**47** Savage PJ. Complicaciones cardiovasculares de la diabetes mellitus: lo que sabemos y lo que necesitamos saber acerca de su prevención. (Cardiovascular complications of diabetes mellitus: what we know and what we need to know about their prevention.) *Ann Intern Med* 1996;124(1 pt 2):123-6.

---

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbilidad y mortalidad en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. El aumento del número de pacientes diabéticos de edad avanzada y de las poblaciones minoritarias de los Estados Unidos con altos índices de diabetes, así como los logros obtenidos con los nuevos métodos que se aplican para reducir las complicaciones microvasculares, son factores que deben conllevar una mayor atención a las complicaciones diabéticas macrovasculares. La relativa eficacia de las diferentes opciones terapéuticas para reducir la incidencia de las complicaciones diabéticas cardiovasculares es poco conocida. Por otra parte, se deben considerar los aspectos relacionados con la carga y el costo económico que representan para el paciente las distintas formas de tratamiento. Muy pronto se dispondrá de la información necesaria para perfeccionar la terapia a partir de los resultados de los ensayos clínicos que se están realizando. La obtención de respuestas definitivas a otras interrogantes, especialmente a las vinculadas con el beneficio relativo del control intensivo del nivel de glucosa, en comparación con el control de otros factores de riesgo cardiovascular conocidos, requerirá de la realización de más estudios. Aunque algunas de las cuestiones o interrogantes relacionadas con los pacientes diabéticos siguen sin respuesta, los resultados de ensayos clínicos realizados con anterioridad, con la participación de sujetos no diabéticos, pueden servir para hacer recomendaciones en cuanto a la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Hasta que se establezcan las pautas definitivas para la prevención, la combinación de una terapia agresiva para el control de los factores de riesgo cardiovascular conocidos con los esfuerzos por normalizar los niveles de glucosa en sangre, ofrece la mejor opción para reducir el alto riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares asociado a la diabetes mellitus no insulino dependiente.

---

**48** Shuttari ME. Asma: diagnóstico y tratamiento. (Asthma: diagnosis and management.) *Am Fam Physician* 1995;52(8):2225-30.

---

La prevalencia del asma está aumentando en los Estados Unidos, con un estimado de 9 a 12 millones de personas afectadas. El asma es una enfermedad crónica inflamatoria de las vías respiratorias. Los medicamentos antiinflamatorios constituyen la piedra angular del tratamiento farmacológico. Un factor especialmente importante es la educación del paciente, que lo estimula a la realización de un automonitoreo cuidadoso con el uso de un medidor de flujo máximo. La interacción con el entorno por parte del paciente asmático

conlleva la reducción de todos los síntomas y de la necesidad del uso de medicamentos. El conocimiento más amplio de la fisiopatología del asma ha dado lugar a la realización de investigaciones para el desarrollo de agentes «antimediadores» que pueden ser útiles en el futuro.

---

**49** Smith DWE. Mortalidad por cáncer en edades muy avanzadas. (Cancer mortality at very old ages.) *Cancer* 1996;77(7):1367-72.

---

Las tasas de mortalidad de todas las enfermedades neoplásicas malignas combinadas y de la mayoría de todos los tipos de cáncer individual aumentan con la edad durante toda la vida de los seres humanos. Lo que ocurre con las tasas de mortalidad por cáncer en la última etapa de la vida no se ha descrito anteriormente. Las personas de 85 años o más son comúnmente consideradas dentro de una sola categoría, aunque existe información acerca de la mortalidad por cáncer de pacientes mayores de esta edad en cuatro grupos etarios, comprendidos cada uno de ellos en períodos de 5 años. Se calcularon a partir de los datos del Censo y Estadísticas Vitales de los Estados Unidos del año 1990, las tasas de mortalidad estratificadas por edad de todos los pacientes con neoplasias malignas combinadas y con todo tipo de cáncer en diferentes órganos —para lo que se consideraron grupos etarios de 5 años a partir de los 50 años. Las tasas de mortalidad de todos los pacientes con neoplasias malignas combinadas y con cáncer en diferentes órganos y partes del cuerpo llegaron a alcanzar un punto máximo entre los individuos de 80 a 100 años y declinaron después de esta edad. Aunque las tasas de mortalidad generalmente aumentan mientras mayor es la persona, la frecuencia relativa de muertes por cáncer declina con la edad en el 40 %, aproximadamente, de todas las muertes en las edades comprendidas entre los 50 y los 69 años, hasta en el 4 % de todas las muertes en pacientes mayores de 100 años. Lo anterior permite afirmar que las personas que sobreviven hasta alcanzar una edad aproximada a los 100 años, son relativamente más resistentes a las causas de muerte, incluyendo el cáncer, que afectan a la mayoría de las personas que fallecen a edades más tempranas. La base de esta resistencia al cáncer se puede atribuir a varios factores reconocidos y genéticamente controlados en la patogénesis del cáncer.

---

**50** Stacy M, Brownlee HJ. Opciones terapéuticas para la enfermedad de Parkinson precoz. (Treatment options for early Parkinson's disease.) *Am Fam Physician* 1996;53(4):1281-94.

---

El tratamiento apropiado de los temblores en cualquier escenario clínico depende del diagnóstico correcto. Ya sea esencial o familiar, el temblor es sintomático con los movimientos y afecta a las extremidades, la cabeza y la voz. El temblor de la enfermedad de Parkinson ocurre en reposo y afecta la mandíbula y las extremidades y está asociado a bradiquinesia, rigidez y caídas. La enfermedad de Parkinson se trata con un conjunto de medicamentos, pero la levodopa, un precursor de la dopamina, es considerada la más eficaz. Otros tratamientos para la enfermedad de Parkinson en sus primeras etapas pueden incluir la administración de agentes neuroprotectores, agonistas de la dopamina, inhibidores de la

recaptación de la dopamina, anticolinérgicos y/o la amantadina. El uso de múltiples fármacos (polifarmacia) es con frecuencia necesario para reducir al mínimo o evitar los efectos secundarios de los medicamentos.

---

**51** Stewart JT. Manejo de los problemas de conducta en el paciente con demencia. (Management of behavior problems in the demented patient.) *Am Fam Physician* 1995;52(8):2311-7.

---

Los problemas de conducta son muy comunes en los dementes y con frecuencia conllevan la aparición de estados de tensión excesiva en la persona encargada de brindarles atención. Sin embargo, la mayoría de los casos con estos problemas responden bien al tratamiento. Aunque los medicamentos son necesarios para controlar algunos problemas conductuales, también pueden funcionar las estrategias no farmacológicas, que si bien no prometen mejores resultados, obviamente traen consigo menos efectos adversos. El apoyo y la educación de la familia del paciente son en estos casos la piedra angular del tratamiento. En algún momento la mayoría de los dementes manifiesta estados de agitación. El tratamiento no farmacológico de este malestar debe practicarse en un medio adecuado y proporcionar suficiente seguridad. Aunque el delirio y las alucinaciones son también comunes en estos pacientes, muy pocas veces dan lugar a la agitación. Los trastornos del sueño y los desvaríos son particularmente inquietantes para la familia del paciente, pero estos problemas casi siempre responden a estrategias no farmacológicas, como disminuir el tiempo de las siestas y proporcionar indicaciones precisas sobre el tiempo y el espacio. La depresión, tan frecuente en las personas que padecen de demencia, es una causa de incapacidad que responde al tratamiento.

---

**52** Van Zeben D, Breedveld FC. Factores de pronóstico en la artritis reumatoidea. (Prognostic factors in rheumatoid arthritis.) *J Rheumatol* 1996;23(suppl 44):31-3.

---

Con el objetivo de determinar los factores de pronóstico que predicen la evolución de la artritis reumatoidea (AR) desde su inicio, se revisaron las publicaciones que abordaron el tema. Se excluyeron los estudios con pacientes con una larga duración de la enfermedad que tenían un seguimiento de menos de un año, los que proporcionaban información metodológica insuficiente, y los que midieron los resultados sin proporcionar ningún tipo de información. Se identificaron factores individuales asociados con los peores resultados, tales como la presencia del factor reumatoideo sérico (FR), el HLA-Dr4, los signos de gran actividad de la enfermedad (número de tejidos inflamados o sensibles, la proteína C reactiva elevada (CPR), los nódulos reumatoideos, las irregularidades radiográficas, la poca fuerza de agarre y el deficiente estado funcional. La exactitud de la predicción de estos factores individuales es poca. Por lo tanto, en algunos estudios se investigaron combinaciones de variables de entrada para determinar la exactitud del pronóstico de la gravedad de las anomalías radiográficas. El factor reumatoideo IgM, en combinación con el daño radiográfico al comienzo de la enfermedad y las mediciones clínicas de la actividad de ésta y/o las mediciones de laboratorio, tales como la velocidad

de eritrosedimentación o la proteína C reactiva, y/o una puntuación de la capacidad funcional, y/o el HLA-Dr4, permitieron pronosticar las anomalías radiográficas con una precisión del 70-80 %. Los estudios que se realicen en el futuro se deben dirigir hacia la obtención de marcadores más específicos de la enfermedad y a la validación de una combinación internacionalmente aceptada de criterios de pronóstico.

---

**53** Weiss JC, Yates GR, Quinn LD. Otitis media aguda: establecer un diagnóstico preciso. (Acute otitis media: making an accurate diagnosis.) *Am Fam Physician* 1996;53(4):1200-6.

---

El diagnóstico de la otitis media supurativa aguda no es tan fácil y preciso como parece. Muchos de los signos y síntomas que presentan los niños con otitis media se pueden observar también en otros menores que no padecen esa enfermedad. Más aún, algunos de los hallazgos «clásicos» de la otitis media como, por ejemplo, la fiebre y el dolor de oídos, están con frecuencia ausentes, incluso en casos confirmados por miringotomía. Un otoscopio con un tubo limpio y una buena potencia, así como también una adecuada inspección ocular de la membrana timpánica no obstruida por cerumen, son instrumentos esenciales para poder establecer el diagnóstico de la otitis media aguda. La membrana timpánica opaca, inmóvil y abombada estará muy asociada a una otitis media. Sin embargo, el eritema solo de la caja timpánica es casi siempre el resultado de una infección viral, del llanto excesivo o de intentos por eliminar el cerumen, y no siempre constituye la única base para el diagnóstico de la enfermedad. Para evitar el problema común del diagnóstico excesivo de una otitis media aguda, el médico debe considerar los valores predictivos de los diferentes síntomas y del examen físico asociados a las infecciones del oído.

---

**54** Willet WC, Stampfer MJ, Manson JAE, Colditz GA, Rosner BA, Speizer FE, et al. Consumo de café y coronariopatías en la mujer. (Coffee consumption and coronary heart disease in women.) *JAMA* 1996;275(6):458-62.

---

Con el propósito de evaluar la relación entre el consumo de café y el riesgo de contraer una coronariopatía entre las mujeres, se realizó un estudio prospectivo de cohorte con medición del consumo de café en 1980, 1984 y 1986 y su seguimiento durante 1990. El espacio muestral se conformó con 85 747 mujeres norteamericanas, cuyas edades, en 1980, oscilaban entre los 34 y los 59 años y que no tenían antecedentes de enfermedad coronaria, accidentes cerebrovasculares o cáncer. Durante 10 años de seguimiento se detectaron 712 casos de coronariopatías. Después de realizar los ajustes por edad, hábito de fumar y otros factores de riesgo, no se encontraron evidencias de alguna asociación positiva entre el consumo de café y el riesgo de contraer coronariopatías. Para las mujeres que ingerían diariamente seis o más tazas de café rico en cafeína, el riesgo relativo, en 1980, fue de 0,95 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,73 a 1,26), en comparación con las mujeres que no lo consumían. Tampoco se encontró algún tipo de asociación cuando se excluyeron los primeros cuatro años de seguimiento, se examinaron por separado los puntos finales de la evaluación de las coronariopatías fatales y no fatales, o cuando se

actualizó el consumo de café en 1984 y 1986 y se examinaron solamente las coronariopatías durante el siguiente intervalo de dos años. Más aún, no se encontró asociación con la ingestión de cafeína por cualquier vía, ni con el consumo de café descafeinado. Estos datos indican que el café que consumen las mujeres norteamericanas no es una causa importante de la aparición y padecimiento de coronariopatías.

---

**55** Wu AH, Fontham ETH, Reynolds P, Greenberg RS, Buffler P, Liff J, et al. Antecedentes familiares de cáncer y riesgo de cáncer del pulmón entre mujeres no fumadoras en los Estados Unidos. (Family history of cancer and risk of lung cancer among lifetime nonsmoking women in the United States.) *Am J Epidemiol* 1996;143(6):535-42.

---

En un estudio multicéntrico sobre el cáncer del pulmón realizado en los Estados Unidos con mujeres que nunca habían fumado, se entrevistó a 646 pacientes con cáncer del pulmón y 1 252 controles, para conocer los antecedentes de cáncer en sus familiares de primer grado. Se encontró un incremento del riesgo del 30 % (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,9 a 1,8) en los casos con antecedentes de cáncer en el tracto respiratorio en los padres o hermanos, después de realizados los ajustes por exposición ambiental al humo del tabaco durante la etapa adulta de la vida. El cáncer del pulmón, que representaba aproximadamente dos tercios de todos los cánceres de las vías respiratorias, fue más frecuente en familiares de primer grado de las pacientes con cáncer de pulmón que en los familiares del grupo control (razón de disparidad [RD] ajustada a la exposición ambiental al humo del tabaco = 1,29, IC del 95 %, 0,9 a 1,9). En particular, un riesgo significativo tres veces aumentado de desarrollar cáncer del pulmón, se asoció con el diagnóstico de la enfermedad en las madres y las hermanas. El aumento del riesgo relacionado con los antecedentes familiares de cáncer del pulmón se obtuvo tanto entre los padres y los hermanos que fumaban, como en los que no lo hacían. La asociación con los antecedentes familiares de cáncer del pulmón se fortaleció cuando el análisis se limitó al adenocarcinoma del pulmón (RD ajustada a la exposición ambiental al humo del tabaco = 1,50, IC del 95 %, 1,0 a 2,2). Sin embargo, no se encontró ninguna asociación entre los antecedentes familiares de otros tipos de cáncer y el riesgo de cáncer del pulmón en los no fumadores.

---

## Revisiones

### Panorama infeccioso actual

Dr. Moisés Morejón García<sup>1</sup>

#### Resumen

*Este estudio bibliográfico sobre la situación infecciosa actual evidencia su complejidad y peligrosidad en el presente, debido a diferentes factores: la aparición de nuevos gérmenes, el resurgimiento de viejos patógenos — favorecido por los estados de inmunodeficiencia —, la resistencia bacteriana, las migraciones y los cambios climáticos. Estos fenómenos han disminuido de forma importante la disponibilidad del arsenal terapéutico disponible hoy día para enfrentar las enfermedades infecciosas. Estas circunstancias han provocado que la morbilidad por infecciones aumente anualmente a nivel mundial.*

*Palabras clave:* ENFERMEDADES TRANSMISIBLES/terapia; MORBILIDAD.

Hace un cuarto de siglo, expertos en enfermedades infecciosas manifestaron que la lucha contra las infecciones había sido ganada,<sup>1</sup> al parecer, un tanto basados en los avances sanitarios, el incremento del consumo de agua potable y las mejores condiciones de vida existentes; unido ello a los programas de vacunación, el desarrollo de los antimicrobianos y, quizás, al hecho de haberse erradicado la viruela en el mundo.<sup>2</sup>

Pero si hoy se lleva a cabo un análisis de la situación, podrá comprobarse que el panorama es bien distinto. Después de 60 años de tratamiento con antimicrobianos, las enfermedades infecciosas son aún la causa más directa de las muertes que se producen en el mundo. De los 51 millones de fallecimientos acaecidos en 1993, se calcula que 16,4 millones se debieron a enfermedades infecciosas.<sup>3</sup> Las infecciones respiratorias se mantienen entre las diez primeras causas de muerte de los países desarrollados; la septicemia ocupa la decimotercera causa de muerte en Améri-

ca; en los Estados Unidos, en el período comprendido entre 1980-1992, las infecciones, como causa de muerte, aumentaron en el 58 % y específicamente las respiratorias en el 20 %.<sup>4</sup> Las epidemias de cólera, peste e influenza son cada vez más extensas; los casos de tuberculosis se mantienen en ascenso, al igual que los de la «peste del siglo xx», el SIDA, aún sin tratamiento, y de la que, según los pronósticos, se espera arribar al año 2000 con 40 millones de personas infectadas.

Por éstas y otras razones, las perspectivas para el nuevo siglo, en el campo de las enfermedades infecciosas, no son nada alagüeñas. Los seres humanos hemos modificado la Tierra de tal manera, que cada vez es más fácil para los gérmenes desplazarse a instalarse en poblaciones vulnerables. Muchos son los factores que han influenciado en dicho fenómeno: desde los cambios climatoecológicos, hasta los socioeconómicos y migratorios. Hoy en día se sabe que el concepto de que los microorganismos son la causa de las in-

---

(1) Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico Docente «Comandante Manuel Fajardo». Ciudad de La Habana. Instructor. Facultad «Calixto García». Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

fecciones es inadecuado e incompleto, debido a que se ignora la influencia de quienes los reciben, el medio circundante y el ambiente social y físico.<sup>2</sup>

Según los expertos reunidos en 1995 en el Instituto de Medicina de Washington, D.C., los factores que han favorecido este estallido infeccioso mundial han sido:

- El incremento del tráfico internacional.
- La interrupción en la continuidad de las medidas de salud pública.
- La vigilancia incompleta como factor favorecedor de la reaparición de muchas enfermedades.
- El aumento de la antibiotoxicidad.
- El desarrollo de la urbanización.

Este último factor, sin que se cuente con un crecimiento sanitario similar, ha sido—según el United National Center for Human Settlements, de Nairobi, Kenya— el responsable del resurgimiento del cólera y la peste bubónica.<sup>5</sup>

A continuación se analizan algunos de los factores que han influido o participado en el desarrollo de la situación infectológica actual.

### **Aparición de nuevos gérmenes**

La década de los años 80 no sólo sobresalió por los grandes avances de la antibioticoterapia, reflejados en el surgimiento de nuevas y potentes drogas, como las cefalosporinas de tercera generación, las cuatro fluorquinolonas, los carbapenem y los monobactámicos, sino también presencié la aparición de nuevas y catastróficas enfermedades infecciosas, encabezadas por el SIDA y la ehrlichiosis; y seguidas, en la década del 90, por la fiebre del Ebola en Zaire, la fiebre de Lassa en Nigeria, la fiebre hemorrágica por *Hantavirus* en el suroeste de los Estados Unidos, la enfermedad de Lyme y la fiebre hemorrágica venezolana causada por

el virus Guanarito,<sup>6</sup> entre otras, provocadas por la aparición de más de 10 nuevos gérmenes patógenos para el hombre.

Este fenómeno ha motivado la necesidad de desarrollar una verdadera revolución científica, ya que el número de vidas cobradas por estos males aumenta anualmente, en ocasiones debido al desconocimiento del agente causal y, otras veces, de su terapéutica.

### **Resurgimiento de viejos patógenos**

La reaparición y alza de un grupo de enfermedades infecciosas ya casi en extinción, ha sido otro fenómeno que un tanto ha sorprendido y preocupado al mundo científico actual. Es el caso de enfermedades como la tuberculosis, que afecta hoy a 10 millones de personas anualmente, con 3 millones de fallecidos reportados. Según informes de la OMS, en 1994 el número de casos de cólera conocidos fue de 385 000; peste bubónica, 2 000, y de difteria, 54 500.<sup>5</sup>

Dentro de las causas a las que se achaca dicho fenómeno se encuentra la disminución mundial de la vigilancia, debida quizás el alto desarrollo alcanzado por la tecnología en el campo de las investigaciones y la terapéutica, que provocó un nivel de confiabilidad tal que generó cierto descuido en la vigilancia epidemiológica, cuestión que no es la piedra angular del origen de la situación actual, pero sí un elemento facilitador de su extensión.

### **Resistencia bacteriana**

El fenómeno de la resistencia bacteriana a los antimicrobianos es tan viejo como estos últimos. Ya en 1943 y 1954 se hablaba de resistencia bacteriana a las sulfas y a las penicilinas, antimicrobianos surgidos en los años 1935 y 1941, respectivamente.<sup>7</sup> Pero la situación hoy se torna más alarmante, debido a que este

fenómeno aumenta de forma desmedida y se observa prácticamente en la generalidad de los microorganismos, tanto en las bacterias como en los hongos, virus, protozoarios y helmintos; incluso vectores transmisores de enfermedades, como los mosquitos, piojos y garrapatas, se están volviendo cada vez más resistentes a los insecticidas.<sup>2</sup> Este fenómeno es atribuido a múltiples causas, que encabezan de forma sobresaliente el uso y abuso de los antimicrobianos, actualmente utilizados en la agricultura, la ganadería, los alimentos y, en forma desmedida, en el hombre — se calcula que el 20 % de los pacientes ambulatorios y el 40 % de los hospitalizados reciben tratamiento con dichas drogas. Este uso indiscriminado facilita el contacto reiterado de bacterias y antimicrobianos,<sup>8-10</sup> favorece la aparición de plásmides (porción extracromosómica del DNA) en las bacterias, los cuales son transmitidos a las nuevas generaciones de la misma especie— e incluso de especies diferentes—, y los nuevos individuos se encargan de codificar la información para la producción de una serie de enzimas inactivadoras de los antibióticos. La aparición de mutaciones, que disminuyen por distintas vías la afinidad de dichas drogas con las bacterias, es otro mecanismo de resistencia frecuente. Hoy, microorganismos como los neumococos, estafilococos, enterococos, pseudomonas, haemophilus y muchos otros, se hacen difíciles de controlar debido a este fenómeno,<sup>11-14</sup> por lo que en ocasiones llegan a existir cepas contra las cuales ni las drogas más modernas y potentes tienen efectividad.

Según el profesor Jacques Acar, de la Universidad «Pierre et Marie Curie», de París, presidente del Grupo de Trabajo de la OMS sobre Vigilancia y tratamiento de la resistencia bacteriana a los agentes antimicrobianos, la resistencia es epidémica en muchos países. Cuando se presenta ante varios medicamentos, deja a los

médicos prácticamente sin margen para maniobrar en el tratamiento de un creciente número de enfermedades. Los antibióticos y otros agentes antimicrobianos están perdiendo eficacia. El triángulo formado por la relación huésped-antimicrobiano-microorganismo, se está desplazando a favor de este último. En el pasado, la industria farmacéutica fue capaz de proporcionar nuevas clases de antibióticos, como las cefalosporinas, quinolonas y otros, que podían utilizarse contra muchas bacterias. En la actualidad está apareciendo resistencia en un sinnúmero de países, en un momento en que no se prevé ningún antibiótico nuevo. Por tal motivo, el primer acápite de las recomendaciones emitidas en 1994 por el grupo que preside el profesor Acar, plantea la necesidad del establecimiento de criterios para regular la disponibilidad de antibióticos y promover su uso apropiado.<sup>15</sup>

### Avances y retrocesos

Los nuevos descubrimientos y avances tecnológicos han favorecido el gran desarrollo con que hoy cuenta la medicina mundial. Sin embargo, especialidades como la oncología, la hematología, la nefrología, la cardiología y otras, aumentan cada día la expectativa de vida de un grupo de pacientes con estados inmunológicos debilitados, debidos a tratamientos radiantes, inmunosupresores, esteroides o trasplantes.<sup>16</sup> Pacientes que son atacados de forma importante por los llamados gérmenes oportunistas, como el *Pneumocystis carinii*, el toxoplasma, los virus, hongos, protozoarios e infinidad de bacterias que no disponen de capacidad infecciosa para invadir a personas con sistemas inmunológicos intactos.

El gran desarrollo industrial contemporáneo favorece el procesamiento y distribución de grandes cantidades de alimentos. Esto ha facilitado la aparición

de grandes brotes de infecciones causadas por agentes como la *Escherichia coli* y la *Salmonella*.<sup>2</sup>

Los grandes sistemas de distribución de agua de la ciudad de Milwaukee, en Wisconsin, Estados Unidos, facilitaron la aparición de un brote diarreico causado por el *Cryptosporidium parvum*, que afectó a 400 000 personas y provocó 4 000 ingresos.<sup>17</sup>

Los modernos sistemas de enfriamiento de aire y agua han sido asociados con brotes de legionelosis. Estos sistemas de distribución creados por el hombre proporcionan condiciones favorables para la sobrevivencia, proliferación y diseminación de este tipo de bacterias, que provocan infecciones con altos niveles de mortalidad.

## Migraciones

Desde épocas inmemoriales, el hombre se ha trasladado de un lugar a otro de la Tierra, pero la magnitud y velocidad de este fenómeno en la actualidad no tiene comparación con ninguna época anterior. Las migraciones siempre han contribuido a la introducción de infecciones en otras poblaciones, ya que junto con el hombre se trasladan plantas, animales, insectos, microorganismos y todo tipo de manifestaciones de vida.<sup>18</sup>

Se ha calculado que en 1994 existían 22 millones de refugiados y 25 millones de personas desplazadas de su lugar de origen.<sup>19</sup> Esto, unido a datos del del Centro Mundial del Turismo, que informó el desplazamiento de 500 millones de turistas a través de fronteras internacionales en 1990,<sup>2</sup> nos da una idea de las múltiples rutas con que cuentan los gérmenes patógenos para diseminarse de forma extensa y rápida y provocar enfermedades infecciosas en cualquier lugar del planeta.

En 1987, la enfermedad meningocócica del grupo A se propagó entre pere-

grinos que hacían su Haj a la Meca. Estos, más tarde, llevaron los clones virulentos a los Estados Unidos, Inglaterra, Pakistán, Arabia Saudita y otros estados del Golfo Pérsico.<sup>20</sup>

Desde mediados del siglo pasado, John Snow escribió: «Las epidemias de cólera siguen las rutas principales del comercio».<sup>21</sup> Hoy, el inmenso desarrollo de los medios de transporte ha favorecido que el SIDA se diseminara en 15 años por todo el planeta. Algo similar ocurrió con el neumococo resistente aparecido en Australia hace 30 años; hoy es huésped de la mayoría de los países del mundo.

Muchas migraciones masivas han sido causadas por conflictos bélicos, inestabilidad política, presiones económicas y cambios ambientales. Ello ha provocado aglomeraciones masivas de poblaciones en campos de refugiados con malas condiciones sanitarias, sin agua potable, un hacinamiento elevado, sin asistencia médica y con dificultades alimentarias, lo que ha tornado a sus residentes en individuos altamente vulnerables a las infecciones. Tal es el caso de lo ocurrido con los más de 800 000 refugiados ruwandeses desplazados a Zaire, de los cuales fallecieron más de 50 000 en el primer mes, al diseminarse entre ellos epidemias de cólera y la *Shigella dysenteriae*.<sup>22</sup>

Existe un tipo de migración dentro de los propios países, que es el movimiento poblacional hacia las capitales y grandes ciudades, lo cual provoca concentraciones masivas de seres humanos, animales, etc., en condiciones de insalubridad y hacinamiento importantes. Esto, según se calcula, provocará un crecimiento poblacional de las grandes urbes para el año 2025, que duplicará las existentes actualmente, y superará los 5 billones de personas. Ante este fenómeno demográfico se encontrarán ciudades como Tokio, Shangai, Bombay, Lagos, São Paulo, Karachi, Jakarta, Beijing, Dhaka, Ciudad de México y otras; pero

sólo una de estas 10, Tokio, pertenece a una nación desarrollada; el resto son ciudades de países en vías de desarrollo, que no cuentan con los recursos necesarios para enfrentar dicha situación.

### **Cambios climáticos**

En los últimos 100 años la temperatura ha sufrido una variación de aproximadamente + 0,5 grados; y se pronostica, para el 2100, 2 grados más de ascenso.<sup>23</sup> Los cambios climáticos y ambientales tienen muchos efectos directos e indirectos sobre la salud humana. La temperatura y la humedad influyen en la abundancia y distribución de vectores y hospederos intermediarios. Las temperaturas más elevadas pueden permitir a insectos y plagas sobrevivir inviernos que normalmente limitarían sus poblaciones. Las enfermedades infecciosas, en las cuales el ciclo de los agentes infecciosos completa su desarrollo mediante los invertebrados, son particularmente sensibles a las variaciones climáticas sutiles. Ejemplos de éstas son las enfermedades transmitidas por mosquitos, como la malaria, el dengue, y la encefalitis viral.

Los factores climáticos determinan la infectividad de los vectores al afectar su multiplicación, su maduración y período de infectividad.

Algunas enfermedades surgidas son antiguas zoonosis de hospederos animales que han invadido a la población humana después de haberse producido cambios climáticos importantes. Por ejemplo, la epidemia de fiebre hemorrágica pulmonar por *Hantavirus* que se presentó en el suroeste de los Estados Unidos, se debió a la ocurrencia de copiosas lluvias que siguieron a seis años de intensa sequía, lo que provocó un aumento importante de la población de roedores, reservorio conocido del *Hantavirus*. En Nigeria, entre los años 1977-1979, hubo un pico de menin-

gitis correlacionado directamente con los altos niveles de temperatura e inversamente proporcional a la humedad absoluta.

Los científicos que estudian el fenómeno climático conocido como «calentamiento global», están preparando un nuevo enfoque sobre sus efectos. Entre éstos se incluye la diseminación hacia el Norte de las enfermedades tropicales, especialmente aquéllas cuyos vectores son insectos. Según Bruce Callender, del Centro Hadley, la aparición de inviernos más templados y veranos más cálidos ocasiona que ciertos insectos portadores de enfermedades tropicales logren asentarse en Europa y otras zonas templadas, donde anteriormente fueron controladas por el frío. Hace algún tiempo, los científicos se burlaron de algunos periodistas que plantearon la posibilidad de que los mosquitos portadores del paludismo regresaran al sur de Inglaterra. Hoy los científicos están seguros de que eso sucederá.<sup>24</sup>

Hay una necesidad urgente de integrar los conocimientos acerca de las enfermedades infecciosas con los referidos a los cambios climáticos, ambientales, migratorios y demográficos. Todos están vinculados de manera indisoluble y participan en los patrones modificados que se observan hoy en las enfermedades infecciosas.

### **Referencias bibliográficas**

1. Fighting infectious diseases threats via research: a talk with Anthony S. Fauci. JAMA 1996;275(3):173-77.
2. Wilson ME. Enfermedades infecciosas: una perspectiva ecológica. BMJ Latinoamericana 1996;4:81-4.
3. WHO. The world health report 1995: bridging the gap. Geneva: WHO, 1995.
4. Pinner RW, Teutch SM, Simonsen L, Kluy LA, Graber JM, Clarke MJ, et al. Trends in infectious diseases mortality in the United States. JAMA 1996;275(3):189-93.
5. Who wants rapid response to emerging threats? JAMA 1996;275(3):178-88.

6. Tesh RB. The emerging epidemiology of venezuelan hemorrhagic fever and Oropouche fever in tropical South America. En: Wilson ME, Levins R, Spielman A, eds. Disease in evolution: global changes and emergence of infectious diseases. New York: New York Academy of Science, 1994.
7. Neu HC. Conceptos generales sobre quimioterapia de enfermedades infecciosas: actualización sobre antibióticos II. Clin Med Norteam 1987;6:1116-29.
8. Patrick CC, Kaplan SC. Conceptos actuales sobre patogenia y tratamiento de abscesos cerebrales en niños. Clin Pediatr Norteam 1988;3:675-86.
9. Talan DA. The role of new antibiotics for the treatment of infections in the emergency department. Ann Emerg Med 1994;24(3):473-89.
10. Cordiés JL, Vázquez VA. Principios generales de la terapia antimicrobiana: revisión bibliográfica. Acta Medica 1990;4(2):146.
11. Hakenbeck R, Briesse T. Antigenic variation of penicillin-binding proteins from penicillin-resistant. J Infect Dis 1991;164:313-9.
12. Kline MW, Mason ED. Staphylococcus aureus resistente al meticillin: perspectivas pediátricas. Clin Pediatr Norteam 1988;3:663-74.
13. Neu HC. The crisis in antibiotic resistance. Science 1992;257:1064-73.
14. Leivy I. Antibiotic resistance in Europe and the current use of antibiotic in severe pediatric infections. Scand J Infect Dis Suppl 1990;73:23-9.
15. Boletín de Medicamentos Esenciales 1995;20:13.
16. Osterhout S. Relaciones huésped-parásito: bacteriología médica. En: Zinsser. Microbiología. La Habana: Científico Técnica, 1983;t 1:490-5.
17. Mac Kenzie WR, Hoxie NJ, Proctor ME, Gradus MS, Blair KA, Peterson DE, et al. Massive waterborne outbreak of Cryptosporidium infection associated with a filtered public water in april, 1993. N Engl J Med 1994;331:161-7.
18. Mc Carthy SA, Klambaty FM. International dissemination of epidemic vibrio cholerae by cargo ship ballast and other nonpotable water. Applied Environ Microbiol 1994;60:2597-601.
19. Toole MJ. The rapid assessment of health problems in refugee and displaced populations. Med Global Surv 1994;1:200-7.
20. Moore PJ, Reeves MW, Shwartz B, Gellin BG, Broome CV. Intercontinental spread of an epidemic group A Neisseria meningitis strain. Lancet 1989;2:260-3.
21. Winklenstein W Jr. A new perspective of John Snow's communicable disease theory. Ann J Epidemiol 1995;142(1):57-9.
22. Goma Epidemiology Group. Public Health impact of Rwanda refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in july, 1994? Lancet 1995;345:339-44.
23. Patz JA, Epstein PR, Burke TA, Balbus J. Global climate change and emerging infectious diseases. JAMA 1996;275(3):217-23.
24. Cambio climático provoca que las enfermedades tropicales migren hacia el norte. BMJ Latinoamericana 1995;2:60.

**Recibido:** 21 de agosto de 1996.

**Aprobado:** 9 de octubre de 1996.

Dr. *Moisés Morejón García*. Calle 12 No. 27, Apto. 8, e/ 1ra y 3ra. Municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana. CP 10400.