

Remita su carta a [expertos.siic@siicsalud.com](mailto:expertos.siic@siicsalud.com). El estilo de redacción puede consultarse en [www.siic.info/inst-castellano.htm](http://www.siic.info/inst-castellano.htm)

## La importancia de la medicina preventiva

Sr. Director

El enriquecedor trabajo redactado por el Dr. José Antonio Avilés-Izquierdo para la edición de Salud(i)Ciencia de noviembre de 2008 pone una vez más de manifiesto la importancia de la promoción y de la prevención primaria de la salud. En el mencionado artículo, se menciona el impacto de las campañas preventivas sobre la supervivencia de los pacientes con melanoma. Existe una tendencia mundial al aumento lento o incluso al aplanamiento y la disminución de las curvas de mortalidad, que no es proporcional al aumento de la incidencia. Por lo tanto, se deduce que la detección precoz ha sido efectiva.

Tanto la pesquisa en los individuos de mayor riesgo como el diagnóstico temprano representan logros trascendentes desde el punto de vista de la salud pública. Este ejemplo, al igual que lo ocurrido con los cánceres de mama y cuello uterino, constituye otra demostración de la eficacia de la medicina preventiva y de la utilidad de la difusión educativa en los medios de información. Probablemente, con la implementación de medidas apropiadas, estos resultados puedan extrapolarse en un futuro próximo a otras enfermedades graves con elevada morbilidad y alta mortalidad en nuestro medio, como los tumores malignos de colon y de pulmón.

Leonardo Gilardi  
Médico internista

## Implementación de protocolos de cuidados del catéter

Sr. Editor

El trabajo de la Dra. Cuerda Compés, publicado en Salud(i)Ciencia 16 (5):509-513, noviembre de 2008, hace referencia al tratamiento de las complicaciones infecciosas asociadas con la nutrición parenteral domiciliaria. Esta es una variedad de apoyo nutricional que permite administrar las bolsas de nutrición en el domicilio del enfermo. Su creciente utilización ha posibilitado la supervivencia de pacientes con insuficiencia intestinal. Las complicaciones más frecuentes en estas personas son las infecciones asociadas con el catéter, las cuales suelen originarse por diseminación de microorganismos por vía intraluminal o extraluminal. En general, estas infecciones son producidas por microorganismos de la flora saprofita de la piel. Su diagnóstico se realiza por medio del crecimiento del mismo microorganismo en la sangre del paciente y en un cultivo del catéter. Este artículo aporta información acerca de los esquemas terapéuticos recomendados en los casos de infección asociada a catéter y destaca la eficacia de la técnica de sellado del catéter con antimicrobianos. Este método ha ganado popularidad en los últimos años: consiste en la administración de una solución

concentrada de antibióticos en la luz del catéter para lograr un efecto local, con menor repercusión sistémica. Al parecer, esta técnica mejora las tasas de salvamento del catéter y reduce las recaídas luego de la terapia.

Si bien es importante realizar investigaciones destinadas a optimizar el tratamiento de estas complicaciones infecciosas, considero que resulta más eficaz y rentable implementar protocolos de cuidados del catéter: entrenamiento del personal, de los familiares y del paciente, lavado de manos, desinfección del orificio de salida y de las conexiones, etc., para disminuir el número de infecciones.

Marisa Nobaru  
Médica Clínica  
Buenos Aires, Argentina

## La disnea es la variable que más influye en la carga de la enfermedad en pacientes con EPOC

Sr. Director

Realizamos un estudio en el que fue evaluada la carga de la enfermedad en condiciones de práctica clínica habitual en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y analizamos su relación con factores clínicos y funcionales relacionados con la gravedad de la enfermedad, con factores culturales y socioeconómicos. Este estudio utilizó por primera vez el cuestionario CCQ en la práctica clínica, fuera del contexto de un ensayo clínico, en nuestro medio y en lengua castellana.

Se incluyeron 3 935 pacientes con EPOC (74% varones, edad media 67 años), de los cuales fueron excluidos 316 por no cumplir los criterios establecidos.

Los datos más relevantes del estudio son que la enfermedad afecta fundamentalmente a varones en edad adulta (más del 50% por encima de los 65 años) y no activos (23% son trabajadores activos). El 22.7% continúa fumando, especialmente los varones (24.4% vs. 18.1%). La mayoría de los pacientes (54%) tienen un diagnóstico de EPOC moderado en estadio II. La gravedad de la EPOC fue menor en las mujeres. El 29.6% de los varones presentan EPOC grave frente al 13.7% de las mujeres. El 65.1% presentó al menos una reagudización en el último año y un 36.6% fue hospitalizado por EPOC en ese mismo período. No se encontró una asociación entre el índice de masa corporal y el estadio de la EPOC. La variable que más influyó en la carga de la enfermedad fue la escala de disnea, ya que al pasar de grado 1 a grado 5 la carga de la enfermedad aumenta en 1.78 puntos en el apartado de síntomas, 2.43 en el apartado de estado funcional y 1.53 en el emocional. La clasificación funcional de la EPOC también influyó significativamente en la carga de la enfermedad. Las principales conclusiones del estudio son: a) en nuestro medio, la disnea y el grado de obstrucción al flujo aéreo son las variables clínicas que más se asocian con la carga de la enfermedad desde el punto de vista del

paciente; b) a diferencia de lo que ocurre con los cuestionarios específicos de calidad de vida, su monitorización mediante el cuestionario CCQ permite evaluar al paciente de forma rápida, con la ventaja de que nos informa sobre su situación real.

José Luis Izquierdo Alonso  
Médico, Servicio de Neumología,  
Hospital Universitario de Guadalajara,  
Guadalajara, España

## El tratamiento adecuado en los ancianos

Sr. Director

En el *Papelnet* aparecido en Salud(i)Ciencia 16(5):572, 2008 se describe una situación aun muy frecuente acerca del subtratamiento de los pacientes ancianos a causa de su edad.

Esto se produce en muchos casos, y como se menciona en el artículo, porque tanto los médicos como los familiares, y en ocasiones también los pacientes, toman decisiones considerando la edad como un factor de mal pronóstico respecto de la tolerancia de los tratamientos o procedimientos quirúrgicos. Otro motivo podría ser que muchos pacientes ancianos no participan de la toma de decisiones, delegándola en el médico o en sus familiares, quienes subestiman la expectativa de vida de los pacientes o su calidad de vida.

Sin embargo, en numerosos estudios se ha demostrado que la edad no es un factor de mal pronóstico *per se*, mientras que en muchas ocasiones, como en el cáncer, la no implementación del tratamiento estándar implica mal pronóstico asociado con la disminución de la supervivencia y de la calidad de vida.

Ya desde 1969 el gerontólogo R. Butler acuñó el término *ageism*, o *viejismo*, para referirse a la discriminación por la edad, y desde entonces se han publicado numerosos estudios que demuestran que en medicina muchas decisiones se toman sólo en función de la edad, en detrimento de los pacientes. Pero cuando se trata a pacientes ancianos, se debe comprender que se trata de una población heterogénea, en la que la edad cronológica no siempre se condice con la edad biológica y que cuando se evalúa la aplicación de tratamientos se deben tener en cuenta otros factores como las comorbilidades, la funcionalidad, la medicación y el estado general de cada paciente en particular, ya que éstos tienen mayor influencia sobre el pronóstico y el resultado de los tratamientos que la edad.

Mercedes Mattiussi  
Médica especialista  
en Clínica Médica y Geriátrica

## Bibliografía

Derks W, et al. Elderly patients with head and neck cancer: short-term effects of surgical treatment on quality of life. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 28(5):399-405, 2003.  
Mitnitski A, et al. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. *BMC Geriatrics* 2:1, 2002.  
Peake MD, et al. Ageism in the management of lung cancer. *Age Ageing* 32(2):171-7, 2003.