
Informes SIIC

● LA DISFUNCION TIROIIDEA SE ASOCIA CON TRASTORNOS EN LA SALUD DE LA MUJER

Revisión que analiza las diferentes afecciones de la salud sexual y reproductiva de la mujer, asociadas a patología de la glándula tiroides

Nueva York, EE.UU :

La evaluación de la función tiroidea y los principios de la terapia de reemplazo, son aspectos esenciales del cuidado de la salud femenina, que deben ser comprendidos por todos los profesionales de la salud comprometidos con la atención sanitaria de la mujer.

Fuente científica:

[Thyroid 14(Supl. 1):5-15, 2004] – aSNC

Autores

Redmond G

Las alteraciones de la glándula tiroides se reconocen como un verdadero problema de salud en la mujer; sin embargo, no se le otorga la debida importancia ni se aborda con una concepción integral. Investigadores del Hormone Center of New York, Center for Health Research, Inc. New York, desarrollaron la presente revisión, con el objetivo de analizar las alteraciones tiroideas y otras modificaciones en la salud de la mujer, en particular salud sexual y reproductiva. En mujeres con disfunción tiroidea existe compromiso de las menstruaciones, fertilidad y dificultades en el embarazo. La disfunción tiroidea es considerada frecuente en mujeres y presenta consecuencias únicas de importancia en la salud de la mujer. Aún el hipotiroidismo mínimo o subclínico, puede ser responsable de elevados índices de abortos, muerte fetal y alteraciones del desarrollo cognitivo en el bebé. No solamente el menor funcionamiento sino además el hipertiroidismo durante el embarazo, pueden afectar severamente al feto y generar consecuencias fatales. En relación con los datos obtenidos, el autor destacó la importancia del diagnóstico precoz; a pesar de la solicitud frecuente de TSH(tirotrofina), en muchas ocasiones existió subdiagnóstico de esta entidad. En el embarazo, debido a mayores requerimientos e incremento en las pérdidas, a menudo son necesarias dosis mayores de tratamiento, en caso de ser requeridos. La solicitud de TSH es parte habitual del pedido de investigación de pacientes con ciclos sexuales anormales y alteraciones menstruales. Otro dato que el autor destacó fue la elevada incidencia de tiroiditis en el posparto(6-8%), según información obtenida de diferentes estudios; por consiguiente, sugirió la realización de TSH en todas las mujeres en el puerperio, que expresaran depresión, cansancio mayor al esperado y/o ansiedad o que manifestaran algunos de los síntomas compatibles con hipo e hipertiroidismo. El autor concluyó que los profesionales que ofrecen atención médica a la mujer deben estar atentos a la aparición de patología tiroidea como posible factor etiológico, en presencia de síntomas no específicos como fatiga y depresión. Sin embargo, el investigador sugirió la observación cuidadosa de las pacientes, debido a que la mayoría de las veces estos síntomas no responden a alteraciones, y las mujeres son generalmente tratadas aunque sin adecuada indicación. Finalmente el autor destacó que la evaluación de la función tiroidea y los principios de la terapia de reemplazo, son aspectos esenciales del cuidado de la salud femenina, que deben ser comprendidos por todos los profesionales de la salud comprometidos con la atención sanitaria de la mujer.

LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA PUEDEN REDUCIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Estudio realizado en mujeres posmenopáusicas

Ohio, EE.UU. :

Las intervenciones tendientes a lograr cambios en el estilo de vida incluyendo los hábitos alimentarios y la práctica de actividad física pueden reducir el riesgo de afecciones cardiovasculares en mujeres posmenopáusicas, obesas y sedentarias.

Fuente científica:

[*Journal of Women's Health* 13(4):412-426, May 2004] – aSNC

Autores

Carels RA, Darby LA, Cacciapaglia HM y colaboradores

La adopción de un estilo de vida más saludable en cuanto a alimentación y actividad permitiría controlar factores como la obesidad y el sedentarismo que en forma independiente representan riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). Así lo describen investigadores de la Universidad Bowling Green, Ohio, EE.UU. luego de evaluar en un grupo de mujeres posmenopáusicas el efecto de intervenciones tendientes a lograr cambios en el estilo de vida. Escogieron ese grupo de estudio, ya que constituyen uno de los segmentos más sedentarios y obesos de la población del país. El objetivo primario de este estudio fue determinar si una intervención de 6 meses para lograr cambios en el estilo de vida podían mejorar significativamente el perfil de riesgo cardiovascular en mujeres posmenopáusicas, obesas y que no practicaban actividades físicas. La intervención se basaba en intentar lograr pérdida gradual de peso, aumentar la actividad física y reducir progresivamente la ingesta energética y de grasas. Se incluyeron en el análisis 44 mujeres posmenopáusicas que fueron asignadas en forma aleatoria a recibir consejos para promover cambios en su estilo de vida o a una intervención tendiente a lograr cambios con estrategias de control personal, diseñada esta última con el fin de reforzar la capacidad de autocontrol, incluyendo la habilidad de resistir comportamientos o hábitos alimentarios inadecuados. Antes y luego del tratamiento así como después de un año del mismo se evaluaron y compararon el peso y la composición corporal, la actividad física realizada, la función cardiorespiratoria, la dieta, la presión sanguínea, el perfil lipídico y el comportamiento psicosocial de las mujeres. Se observó un incremento significativo en la práctica de actividad física (+ 39.6%) y la función cardiorrespiratoria (+ 13.5%); así como también reducción significativa en el peso corporal (- 6.5%), la masa grasa (- 7.4%), la grasa corporal (- 2.4%), la presión sanguínea (- 6.2% para la presión sistólica; y - 9.2% para la diastólica), el colesterol total (- 7.4%), los triglicéridos (- 16.5%) y el colesterol-LDL (- 9.1%). Luego de un año, la mayoría de las mujeres habían incrementado su peso corporal, pero mantuvieron la actividad física. No se produjeron cambios significativos en el contenido de grasa corporal y los signos de ansiedad o depresión entre el fin del tratamiento y el año siguiente. La adición de medidas de control personal no mejoró significativamente los parámetros asociados con reducción del riesgo cardiovascular. Los hallazgos demuestran que las estrategias tendientes a modificar los hábitos y comportamientos asociados con mayor riesgo de ECV se asociaron con mejoras significativas en los parámetros de riesgo como el peso y la grasa corporal, el perfil lipídico y el sedentarismo. Los autores concluyen que los tratamientos de este tipo serían adecuados para reducir el riesgo de afección cardíaca en mujeres posmenopáusicas.

SUSTITUCION DE ESTATINAS EN EL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE

Berlín, Alemania:

Cambiar por una estatina más eficaz es una estrategia efectiva para lograr los objetivos de controlar los niveles de lípidos en la terapia hipolipemiante.

Fuente científica:

[*American Heart Journal* 147(4):705-712, Abr 2004] – aSNC

Autores

Schuster H, Barter PJ, Stender S y colaboradores

Muchos pacientes bajo terapia hipolipemiante no logran alcanzar las metas de reducción del colesterol y tal fracaso es particularmente prevalente en los enfermos coronarios o con riesgo elevado para enfermedad coronaria. Las estatinas son los fármacos hipolipemiantes más utilizados y las bajas dosis de estos agentes por lo general son las más usadas en la práctica clínica. El estudio *Measuring Effective Reductions in Cholesterol Using Rosuvastatin Therapy* (MERCURY I) se diseñó para evaluar los efectos del cambio de estatinas sobre los parámetros lipídicos en una gran población bien definida de pacientes bajo terapia hipolipemiante. Se analizó el cambio desde dosis usuales de atorvastatina, simvastatina y pravastatina a bajas dosis de rosuvastatina.

Métodos

El MERCURY I es un estudio abierto, multicéntrico, aleatorizado, de grupos paralelos llevado a cabo en 224 centros de Europa, Canadá y Australia. Se incluyeron en la evaluación 3 140 pacientes hipercolesterolémicos con enfermedad coronaria, aterosclerosis y diabetes tipo 2 que fueron aleatoriamente asignados a las cinco ramas del estudio. Los sujetos recibieron 10 mg de rosuvastatina (rama 1), 10 y 20 mg de atorvastatina (ramas 2 y 3), 20 mg de simvastatina (rama 4) y 40 mg de pravastatina (rama 5) por 8 semanas. Los pacientes de la rama 1 continuaron con su tratamiento por 8 semanas más; en tanto que los de las ramas 2, 4 y 5 cambiaron a rosuvastatina 10 mg o continuaron con su tratamiento inicial, y los de la rama 3 a rosuvastatina 10 o 20 mg o continuaron con atorvastatina 20 mg; en todos los casos por 8 semanas más. La medida de eficacia primaria fue la proporción de pacientes que lograron los objetivos de la *Joint European Societies* de LDLc (< 116 mg/dl) a la semana 16. Las distintas ramas se compararon utilizando un análisis de regresión logística.

Resultados

Al final del período 1 (8 semanas) la rosuvastatina a la dosis de 10 mg (rama 1) fue estadísticamente más eficaz para controlar el objetivo en relación con los niveles de LDLc en comparación con atorvastatina 10 mg, simvastatina 20 mg o pravastatina 40 mg y tuvo una eficacia similar a la obtenida con atorvastatina 20 mg. De la misma manera, más pacientes tratados con rosuvastatina 10 mg lograron los objetivos del ATP III para el LDLc, comparados con aquellos pacientes que recibieron atorvastatina 10 y 20 mg, simvastatina 20 mg y pravastatina 40 mg. A las 16 semanas, un significativo porcentaje de los pacientes que fueron cambiados a rosuvastatina alcanzaron las metas en relación con los niveles de LDLc en comparación con los que continuaron recibiendo atorvastatina 10 mg, simvastatina 20 mg o pravastatina 40 mg (ramas 2 y 5) y significativamente más pacientes rotados a rosuvastatina 20 mg alcanzaron estas metas comparados con los que recibieron atorvastatina 20 mg. Debido a que la población en estudio tenía un riesgo elevado, con una meta ATP III < 100 mg/dl, muy pocos de los pacientes evaluados la alcanzaron, en comparación con los objetivos europeos a la semana 16, pero en términos generales, las tasas ATP III para el LDLc favorecieron estadísticamente a los pacientes tratados con rosuvastatina en comparación con los otros grupos. *Cambios en los lípidos* A las 8 semanas rosuvastatina 10 mg (rama 1) redujo los niveles del LDLc alrededor del 47% en comparación con reducciones del 37.2%, 43.7%, 35.4% y 31% en pacientes tratados con atorvastatina 10 y 20 mg, simvastatina 20 mg y pravastatina 40 mg, respectivamente ($p < 0.0001$ para todas las

comparaciones vs. rosuvastatina). De la misma manera, las reducciones en el colesterol total fueron del 32.5% con rosuvastatina 10 mg *versus* 25.8%, 30.9%, 24.3% y 20.7% para los otros fármacos, respectivamente. El HDLc se incrementó alrededor del 9.2% con rosuvastatina 10 mg, 6.8% con atorvastatina 10 mg, 5.7% con atorvastatina 20 mg, 8.0% con simvastatina 20 mg y 7.6% con pravastatina 40 mg. Los triglicéridos se redujeron 18.9% con rosuvastatina 10 mg *versus* 15.9%, 18.3%, 13.5% y 10.5%, respectivamente, para los otros fármacos. A la semana 16, rosuvastatina 10 mg redujo de manera más significativa los niveles de LDLc y colesterol total que simvastatina 20 mg y pravastatina 40 mg. De la misma manera, elevó el HDLc y redujo los triglicéridos más que ambas drogas. *Seguridad* A lo largo de las 16 semanas de tratamiento todas las drogas fueron bien toleradas; la incidencia global de efectos adversos asociada con cada tratamiento fue similar y las muertes, eventos adversos serios o retiro del estudio debido a éstos fue baja, sin diferencias entre los diferentes grupos de tratamiento. Durante el estudio fallecieron 8 pacientes por causas que eran de esperar en la población en estudio (cuatro pacientes por eventos cardiovasculares, dos por neoplasias, uno por neumonía y el restante por un hematoma subdural). Ninguna de las muertes se relacionó con las drogas en estudio. La incidencia de mialgias fue similar en todos los grupos, de 1.9% en el período 1 y en 0.9% de los pacientes en el período 2. No se informaron casos de miopatía (creatininasa > 10 veces el límite superior normal y síntomas musculares). Se observaron aumentos asintomáticos de creatinquinasa en un paciente tratado con atorvastatina 20 mg y en otro con rosuvastatina 10 mg (rama 2), que resolvieron durante el tratamiento. No hubo aumentos clínicamente significativos de las transaminasas hepáticas (más de 3 veces el límite superior normal en 2 o más determinaciones consecutivas).

Discusión

En la práctica clínica, la mayor parte de los pacientes hipercolesterolémicos que requieren tratamiento agresivo con estatinas son medicados con dosis bajas y muchos de ellos con enfermedad coronaria o con riesgo aumentado para ésta no alcanzan los objetivos para controlar los niveles de colesterol. En este estudio se demostró que significativamente más pacientes alcanzaron las metas de LDLc –tanto europeas como del ATP III– cuando fueron cambiados de 10 y 20 mg de atorvastatina, previamente reconocida como la estatina más eficaz, a dosis equivalentes de rosuvastatina. En conclusión, afirman los autores, la estrategia terapéutica de rotar a los pacientes a otra estatina con mayor potencia para reducir los niveles de LDLc es una alternativa efectiva para pacientes con enfermedad coronaria establecida o alto riesgo de enfermedad coronaria en quienes se requiere una agresiva terapia hipolipemiante.

LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA MEJORA EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA

Utilidad de una intervención de refuerzo sobre los profesionales del servicio de cardiología

Omaha, EE.UU. :

Una intervención para reforzar la adherencia al tratamiento basado en la evidencia dio como resultado una mejora significativa en la calidad de atención de los pacientes con síndrome coronario.

Fuente científica:

[International Journal of Cardiology 95(2-3):281-283, Jun 2004] – aSNC

Autores

Khan IA, Mehta NJ, Gowda RM y colaboradores

Existe una importante brecha entre el conocimiento actual acerca del tratamiento de las enfermedades cardíacas derivado de la medicina basada en la evidencia y la aplicación del mismo. Las intervenciones del tipo de auditorías clínicas, perfiles de práctica y refuerzo han surgido como herramientas populares en un intento por cambiar el comportamiento del personal médico y

mejorar la calidad de atención del paciente. En este contexto se está intentando aplicar la medicina basada en la evidencia en la práctica clínica. El objetivo de investigadores de la División de Cardiología, Centro Cardíaco Universitario Creighton, Omaha, EE.UU. fue examinar el efecto del refuerzo para mejorar la calidad de atención médica utilizando la medicina basada en la evidencia para el tratamiento de síndromes coronarios. En una primera fase de preintervención, se analizaron los registros de 140 pacientes consecutivos con síndromes coronarios para evaluar las mediciones de colesterol total al momento de su admisión, así como colesterol-LDL en ayunas; la implementación de terapia con aspirina al ingreso y luego con β - bloqueantes durante su hospitalización y con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) en pacientes con disfunción ventricular sistólica izquierda. Con el fin de mejorar la calidad de la atención médica, todo el personal de la División de Cardiología, incluyendo enfermeros, médicos residentes, cardiólogos y médicos clínicos fueron estimulados para adherir al tratamiento basado en la evidencia. En una segunda fase posintervención, se analizaron las historias clínicas de otros 140 pacientes consecutivos para evaluar mejoras en la calidad de los mismos parámetros de atención. El refuerzo o estímulo realizado sobre el personal de salud involucrado en la atención de estos pacientes indujo mejoras significativas en la calidad de los parámetros estudiados. La proporción de pacientes que tuvieron mediciones de colesterol total al momento de su admisión hospitalaria se incrementó de 78% a 92%, así como la determinación de colesterol-LDL en ayunas se incrementó de 22% a 70%. Por otra parte, luego de la implementación de las estrategias de estimulación o refuerzo también aumentó significativamente la administración de aspirina durante la admisión de 74% en los pacientes preintervención a 80% en los pacientes evaluados posintervención, así como también en la administración de β -bloqueantes durante la internación (62% versus 78% respectivamente), y el uso de inhibidores de la ECA en pacientes con disfunción ventricular sistólica izquierda (58% versus 89% respectivamente). Las guías de atención basadas en la evidencia médica publicadas por organizaciones profesionales y los protocolos de tratamiento establecidos localmente en los hospitales tienen como objetivo mejorar la calidad de atención del paciente. La mayoría de los esfuerzos realizados para una mejor atención en medicina cardiovascular se centran en el infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular; sin embargo serían menores en lo que respecta a otras formas de síndromes cardiovasculares. Las medidas de refuerzo para la adhesión al tratamiento basado en la evidencia demostró una mejora significativa en la calidad del cuidado provisto a los pacientes con este tipo de afecciones concluyen los autores.

DESTACAN LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO PRECOZ DE LAS QUEMADURAS

Revisión clínica que analiza las diferentes alternativas iniciales para tratamiento de las quemaduras

Londres, Reino Unido :

Las quemaduras menores requieren en ocasión la atención de primeros auxilios, que puede favorecer mejores resultados cosméticos a largo plazo. Se sugiere prestar debida atención a los factores psicológicos, en especial cuando las víctimas son los niños.

Fuente científica:

[BMJ 328(7454):1487-1489, Jun 2004] – aSNC

Autores

Jackie Hudspith y Rayatt S

Existen aproximadamente 250 000 personas con quemaduras, anualmente en el Reino Unido. Alrededor de 90% de las lesiones son quemaduras menores y pueden ser tratadas en forma adecuada, en centros de atención primaria. La mayor parte de ellas curan independientemente del tratamiento; sin embargo, el cuidado inicial puede ejercer influencia positiva en los resultados cosméticos. Todos los diversos tipos de quemaduras deben ser evaluados con una correcta historia y examen físico. El objetivo de los primeros auxilios es la interrupción del proceso de la

quemadura, enfriamiento y alivio del dolor. A fin de la interrupción del proceso de la quemadura es necesaria la remoción de la fuente de calor; las llamas deben ser apagadas con agua, alguna tela o bien el hacer rodar a la víctima en el suelo. La ropa asimismo puede retener el calor y debe ser removida tan pronto como sea posible. En la situación de quemaduras eléctricas, la víctima requiere ser desconectada antes del comienzo de cualquier acción de primeros auxilios. El enfriamiento de la quemadura presenta utilidad si se hace dentro de los 20 minutos de ocurrida, y puede realizarse con la inmersión o irrigación con agua a 15°C, durante un lapso de aproximadamente 20 minutos. Esta indicación produce además reducción del edema y estabilización de las células cebadas. El agua helada no debe ser utilizada, debido a que favorece la intensa vasoconstricción que puede aumentar la quemadura y conducir a hipotermia, en particular en la infancia. Es correcta además la cobertura de la zona quemada con elementos especiales de polivinilo, que mantengan al paciente con adecuada temperatura. El uso de cremas tópicas debe ser evitado durante este período, debido a que puede interferir con la evaluación posterior de la quemadura. Otra recomendación de importancia que sugirieron los autores de la presente revisión, consistió en la derivación del paciente con quemaduras faciales a unidades especializadas y la instrucción precisa de dormir durante las primeras 48 horas con dos almohadas, para la disminución del edema. Los investigadores destacaron que las quemaduras que fracasan en su curación durante las primeras tres semanas deben ser evaluadas por cirujano plástico. En ocasiones, algunos pacientes con quemaduras en miembros requieren sesiones de fisioterapia. Otro hallazgo de importancia que los profesionales no pudieron dejar de enfatizar, se refiere a los daños psicológicos y temores que pueden surgir en los padres de niños quemados; aspectos que deben ser objeto de atención y especial seguimiento.