
Informes SIIC

● PREVALENCIA DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN PACIENTES CON ASMA DE DIFÍCIL CONTROL

Estudio en 65 pacientes

Belfast, Reino Unido :

Entre los pacientes con asma de difícil control es frecuente la existencia de comorbilidad psiquiátrica no diagnosticada, entre las cuales la depresión es más prevalente.

Fuente científica:

[**Respiratory Medicine** 99(9):1152-1159, Sep, 2005] – aSNC

Autores

Heaney L, Conway E, Kelly C y Gamble J

En los pacientes con asma de difícil control, existe una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica sin diagnosticar, con la depresión como entidad particularmente prevalente.

La mayoría de los pacientes con asma responden al tratamiento con dosis moderadas de corticoides inhalados solos o agregados a una terapia con agonistas β_2 . Sin embargo, aproximadamente el 5% de los pacientes adultos presentan un cuadro difícil de controlar, a pesar de la administración de altas dosis de esteroides inhalados. Estos pacientes son objeto de preocupación, debido a la persistencia de los síntomas y la afectación de su calidad de vida, su alterada función pulmonar, su riesgo aumentado de muerte por asma y los efectos adversos de las altas dosis de corticoides. Es probable que varios factores contribuyan a la falta de un adecuado control en estos pacientes, y el trastorno psiquiátrico ha sido propuesto como un factor modulador del asma de difícil control. Varios estudios han demostrado una asociación entre el asma crónico persistente y la presencia de ansiedad, depresión y baja capacidad para enfrentar el problema. Dada la asociación entre el asma grave y la morbilidad psiquiátrica, los autores del presente trabajo formularon la hipótesis que podría existir una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica subdiagnosticada en la población de pacientes con asma de difícil control. Por otro lado, sostuvieron que, si el cuadro psiquiátrico fuera identificado y apropiadamente manejado, se observaría una mejoría en la evolución del asma. Finalmente, analizaron la relación entre la entrevista diagnóstica formal psiquiátrica y la herramienta comúnmente empleada para la búsqueda de morbilidad psiquiátrica en los pacientes que concurren al hospital (Hospital Anxiety Depression Scale –HADS-). Para examinar sus hipótesis, llevaron a cabo esta investigación. Los pacientes fueron sometidos a una evaluación sistemática según un protocolo, para identificar en ellos la comorbilidad. La ansiedad y la depresión fueron medidas a través de la HADS, y se evaluó la calidad de vida relacionada con el asma a partir de un cuestionario con puntajes. A todos los pacientes se les ofreció una entrevista psiquiátrica formal como parte de su protocolo de evaluación. Participaron 65 pacientes asmáticos, de los cuales el 51% presentaba un cuadro de difícil control.

Entre los pacientes que concurren a una entrevista diagnóstica psiquiátrica, el 49% recibió algún

diagnóstico según la clasificación internacional ICD10 (sólo el 9% tenía un diagnóstico psiquiátrico previo), de los cuales el diagnóstico de depresión fue el más común (59%). La evaluación por parte de los médicos clínicos mostró una discriminación pobre con respecto a las enfermedades psiquiátricas. Los puntajes de ansiedad y de depresión según el HADS fueron significativamente mayores en los pacientes con diagnóstico según el ICD10. El HADS mostró un bajo valor predictivo positivo para las enfermedades psiquiátricas, pero un buen valor predictivo negativo para la depresión. No se observó una relación entre el diagnóstico de ICD10 y la evolución del asma.

Entre los pacientes que respondían al tratamiento del asma, se observó una mejoría significativa y clínicamente relevante de su calidad de vida relacionada con el asma; sin embargo, esto no se observó en el grupo definido como resistente a la terapia, aún después de la investigación y el manejo de todos los factores. Los puntajes de ansiedad y depresión mejoraron significativamente en el grupo resistente al tratamiento entre el inicio y el seguimiento del estudio, lo cual no se observó en el grupo que sí respondió a la terapia contra el asma.

La presente investigación demuestra que existe una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica en las personas con asma de difícil control. Al respecto, la depresión parece ser la entidad más frecuente. La aplicación de un cuestionario simple de pesquisa de morbilidad psiquiátrica, como el HADS, se asocia con una alta tasa de falsos positivos cuando se compara con las entrevistas formales de la especialidad, pero pueden ser de utilidad para la exclusión de la depresión. Por su parte, parece existir una asociación muy débil entre la identificación y el manejo de morbilidad psiquiátrica y la evolución del asma.

MANIFESTACIONES BUCODENTALES DE LA INFECCION POR HIV

Situación actual y sugerencias terapéuticas

Wits, Sudáfrica:

Los autores examinan la presencia de lesiones bucodentales como marcadores indirectos de la infección por el HIV y su progresión al SIDA y sugieren algunas medidas terapéuticas específicas.

Fuente científica:

[**Bulletin of the World Health Organization** 83(9):700-706, Sep, 2005] – aSNC

Autores

Coogan M M, Greenspan J y Challacombe S J

Las lesiones bucodentales son algunas de las manifestaciones más tempranas de la infección por el HIV y pueden predecir la progresión de la enfermedad al SIDA. Por este motivo su presencia puede indicar la conveniencia de modificar las estrategias terapéuticas utilizadas en cada persona.

Las principales lesiones observadas en pacientes con HIV son: candidiasis oral, leucoplasia vellosa, sarcoma de Kaposi, eritema gingival lineal, gingivitis ulcerativa necrotizante, periodontitis ulcerativa necrotizante y linfoma no Hodgkin. Estas manifestaciones se diagnostican clínicamente y se relacionan con la disminución de las células CD4 y el aumento de la carga viral: la evaluación oral es importante en cada estadio diagnóstico y terapéutico de los pacientes con sospecha, riesgo o certeza de infección por HIV.

Las lesiones más comunes en los niños con HIV son candidiasis oral, herpes simple, eritema gingival lineal, agrandamiento parotídeo y ulceraciones bucales recurrentes, mientras que en los adultos son el sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin y la leucoplasia vellosa.

La introducción del tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART) disminuyó la prevalencia de candidiasis, leucoplasia vellosa y periodontitis asociada al HIV en los adultos. También se notó un aumento en las lesiones de las glándulas salivales y de papilomas, condilomas e hiperplasia epitelial focal asociados a la infección por HPV. No se observaron alteraciones en la prevalencia de las manifestaciones bucodentales en los niños tratados con HAART.

Las lesiones orales por HIV o por la terapia antirretroviral, incluyendo la disfagia, el arreglo o la pérdida de piezas dentales, la sequedad de boca y los trastornos del gusto, influyen en la calidad de vida física y mental: afectan el habla, la deglución y la apariencia del rostro; pueden causar dolor, hacer que el individuo pierda peso y acelerar su deterioro clínico.

De acuerdo a los lineamientos de la American Dental Association, el tratamiento odontológico periódico de los pacientes con HIV es seguro y conveniente y recomiendan tener en cuenta que el recuento plaquetario menor a 60 000 plaquetas por mm³ puede afectar la coagulación y que el recuento leucocitario inferior a 500 neutrófilos por mm³ tal vez requiera profilaxis antibiótica. El uso de enjuagues bucales con clorhexidina para la gingivitis mejora la salud bucal y todos los tratamientos sintomáticos mejoran el estado físico y mental del paciente; sin embargo, no tienen efectos detectables sobre las complicaciones del SIDA o su mortalidad.

Las prioridades del tratamiento odontológico son: alivio del dolor y tratamiento de la infección, restauración funcional, prevención y, por último, estética. Los países con pocos recursos económicos pueden tratar la candidiasis oral de los pacientes con HIV usando clotrimazol, fluconazol, itraconazol y violeta de genciana; recomiendan no usar nistatina.

Los autores finalizan recordando que el Fifth World Workshop on Oral Lesions and HIV disease sugirió mejorar los esfuerzos para el tratamiento de estas patologías en niños y en los países con pocos recursos, integrando la colaboración internacional y garantizando el reconocimiento y tratamiento de las manifestaciones orales de la infección por HIV.

LIMITACIONES PARA EL MANEJO DE LA HEPATITIS C CRONICA

Análisis de los inconvenientes para su diagnóstico y tratamiento

Dudley, Reino Unido :

La hepatitis C crónica representa una carga significativa y creciente para los sistemas nacionales de salud y, si bien se han producido importantes avances en su tratamiento que pueden erradicar el virus causante en más del 50% de los casos, la detección y el acceso a la terapia aún resultan inadecuados.

Fuente científica:

[**British Journal of Hospital Medicine** 66(10):579-582, Oct, 2005] – aSNC

Autores

Hamlyn A

La hepatitis C crónica (HCC) es una enfermedad hepática viral lentamente progresiva. El virus causante (virus de la hepatitis C –VHC-) puede ser transmitido de diferentes maneras; las vías de transmisión más común se relacionan con el uso de drogas intravenosas y con la transfusión de productos sanguíneos infectados, antes de la introducción de la pesquisa de éstos en el año 1991. Se han identificado 6 tipos genéticos principales del VHC; el genotipo 1 es el más común en el Reino Unido, y se encuentra en el 40% al 50% de los casos. Luego de la infección, sólo del 25% al 35% de los pacientes muestran síntomas en los estadios tempranos, como malestar, debilidad y anorexia. Sin embargo, aproximadamente el 85% de los pacientes infectados por este virus presentarán una infección crónica. La tasa de progresión es lenta y variable, y los síntomas pueden no aparecer hasta 30 años después de la infección. Estos síntomas son generalmente inespecíficos. Las enfermedades hepáticas graves afectan del 20% al 50% de los pacientes infectados por el VHC; aproximadamente del 20% al 30% desarrollan cirrosis dentro de los siguientes 20 años, y del 1% al 4% se encuentran en un alto riesgo de presentar un carcinoma hepatocelular.

La infección por VHC es la principal causa de trasplante hepático; en Inglaterra, es la causa del 15% de los trasplantes realizados.

La infección por este virus puede permanecer asintomática durante varios años, por lo que resulta difícil establecer con precisión las tasas de prevalencia en la población. En el Reino Unido, los datos publicados señalan tasas de infección del 0.08% al 0.72%, pero estas derivan principalmente de poblaciones seleccionadas, como donantes de sangre u órganos, centros de referencia terciaria y

clínicas prenatales. El gobierno estima que la prevalencia de HCC en Inglaterra es de 0.5%. De ellos, el 20% eliminan el virus sin recibir tratamiento, por lo que aproximadamente el 0.4%, es decir, 200 000 personas, estarían crónicamente infectadas. Sin embargo, los médicos ingleses sólo han diagnosticado hasta la fecha 38 000 casos de HCC, lo que sugiere que la mayoría de los casos permanecen sin diagnóstico. Más aún, los especialistas hepatólogos sugieren que el número de pacientes infectados podría ser aún mayor.

El manejo de la HCC se concentra en evitar los altos consumos de alcohol y tabaco, y asegurar que los trastornos metabólicos como la diabetes, el sobrepeso, la esteatosis y la esteatohepatitis, sean tratados. Además, los pacientes son evaluados para la administración de tratamiento antiviral. El tratamiento se considera exitoso si los niveles elevados de alanina aminotransferasa retornan a la normalidad (y se mantienen, por lo menos, durante 6 meses después del tratamiento) y el VHC desaparece de la sangre. La HCC era inicialmente tratada con interferón α estándar por vía subcutánea durante 48 semanas. Más recientemente, se ha introducido el interferón pegilado, con mayor vida media. En el Reino Unido, se ha aprobado la combinación de peginterferón α y ribavirina para el tratamiento de los pacientes ≥ 18 años con HCC moderada a grave. Esta terapia combinada elimina la infección en más del 50% de los pacientes que la reciben. Tanto el interferón α ; pegilado o no, como la ribavirina presentan efectos adversos de variada gravedad, particularmente durante los estadios tempranos del tratamiento.

Aproximadamente el 20% de los pacientes deben interrumpir el tratamiento debido a estos eventos, especialmente a aquellos de tipo hematológicos. El tratamiento con interferón α es costoso. Un ciclo de 4 semanas, con 3 dosis a la semana, cuesta aproximadamente 215 libras esterlinas, y la ribavirina, durante el mismo período, cuesta alrededor de 590. Es decir, el costo neto de la terapia de combinación de 24 semanas es de alrededor de 4 830 libras, lo que excluye los costos de los controles. Debido al alto costo del tratamiento y de otras intervenciones como el trasplante hepático, la HCC representa una sustancial carga para el sistema nacional de salud británico, y probablemente crezca aún más. En dicho país, existe una significativa desigualdad geográfica en el acceso a la atención de esta enfermedad, particularmente con relación a otros países.

En el 2001, sólo 1 300 británicos recibieron tratamiento para su HCC, mientras que en Alemania, Italia y Francia, los valores en dicho año fueron de 15 000, 22 000 y 18 000.

El autor concluye que el manejo de la HCC representa un desafío para los servicios de salud, debido a la magnitud de la epidemia y a que la mayoría de los pacientes infectados permanecen asintomáticos durante largos períodos de tiempo. Existe un tratamiento efectivo, que puede erradicar el virus en el 50% de los pacientes que lo reciben y reducir la probabilidad de presentar complicaciones. Por eso, debe destinarse una porción significativa de los fondos disponibles a la implementación de medidas preventivas, al tiempo que debería expandirse el acceso al tratamiento a toda la población que lo necesite.

ACTUALIZACION SOBRE ASPECTOS DE LAS CEFALEAS PRIMARIAS

Características y tratamiento de la migraña y de las cefaleas tensional y en racimo

Denver, EE.UU. :

Las cefaleas pueden ser clasificadas como primarias o secundarias a otros trastornos. Dentro de las primeras, pueden distinguirse 3 tipos, cada uno de los cuales presenta características particulares y cuyo tratamiento debe abordarse en forma específica.

Fuente científica:

[**Journal of the American Academy of Physician Assistants (JAAPA)** 18(11):16-22, Nov, 2005] – aSNC

Autores
Smoldt J

Existen 3 tipos de cefaleas primarias, cada una de las cuales presenta características específicas y requieren un tipo de tratamiento particular.

La cefalea es un trastorno que afecta al 90% de la población en algún momento de su vida. Al mismo tiempo que la mayor parte de la patofisiología de las cefaleas primarias aún no ha sido aclarada, investigaciones recientes han provisto a los médicos clínicos de un conocimiento que les permite diagnosticar y tratar a estos pacientes con mayor precisión. Actualmente, se apoya la teoría de la estimulación del sistema trigeminovascular como la causa de la mayoría de los casos de cefalea. El estímulo periférico causa la activación de los receptores de serotonina, lo que determina la liberación de neuropéptidos vasodilatadores como la sustancia P y el péptido de calcitonina relacionado con el gen. Estos vasopéptidos determinan la dilatación de los vasos meníngeos, lo cual, a su vez, causa tensión y estiramiento de los nervios dispuestos alrededor de estos vasos y se produce su despolarización y activación. Esto último es percibido por el paciente como dolor. Entre los factores que han sido asociados con la etiología de la cefalea se incluyen los estrógenos, la genética, el medio ambiente y los factores de conducta.

La Sociedad Internacional de Cefalea ha creado un sistema de clasificación de las cefaleas en dos tipos principales: primaria y secundaria. Estas últimas son causadas por un proceso sistémico o por alguna patología de base. Respecto a este tipo de cefaleas, los signos de alarma que deben ser tenidos en cuenta son la edad <5 años o >50 años, el aumento de la frecuencia o la intensidad de las cefaleas, la claudicación mandibular, la presencia de cambios cognitivos o motores, la rigidez cervical y la fiebre. A su vez, las cefaleas primarias se dividen en 3 categorías: migraña, tensional y en racimo. Las primeras son de intensidad moderada a grave, y duran de 4 a 72 horas. Empeoran con la actividad y casi siempre surgen durante la realización de las actividades cotidianas habituales. Pueden asociarse otros síntomas, como náuseas y vómitos, fotofobia y fonofobia. La cefalea tensional es de intensidad leve a moderada, con un dolor bilateral percibido como una sensación de opresión. Este tipo de cefalea usualmente no limita la actividad del paciente afectado, y puede durar desde 30 minutos hasta días enteros. Generalmente, no presenta otros síntomas asociados.

Por último, la cefalea en racimo es corta y de intensidad grave. El dolor, unilateral, es descrito como "de apuñalamiento" y dura de 15 a 180 minutos.

Frecuentemente, se acompaña de síntomas faciales ipsilaterales.

El diagnóstico correcto de las cefaleas es esencial, debido a que el tratamiento depende del tipo específico de cefalea que cada paciente presenta. Para esto, puede ser de utilidad un calendario o diario de cefaleas, donde el paciente registra cada episodio sufrido, su localización, su duración y las características del dolor, además de la presencia de otros síntomas, posibles desencadenantes y la medicación tomada para aliviar el dolor. A todos los pacientes con cefalea primaria se les ofrece un tratamiento que reduzca el dolor; éste es tomado al comienzo de cada episodio con el objetivo de aliviar los síntomas dentro de las siguientes 2 horas. Por su parte, la medicación preventiva es ingerida en forma diaria con el propósito de evitar que los episodios tengan lugar. Para el tratamiento de los pacientes con migraña, se indican, dentro del primer grupo de medicamentos, antiinflamatorios no esteroideos de venta libre (para episodios leves a moderados), triptanos (para los episodios graves, o cuando el tratamiento anterior ha fracasado) o derivados del ergot (los cuales son considerados de segunda línea, debido a que no son tan seguros como los triptanos y causan más efectos adversos). Entre los medicamentos preventivos, indicados para aquellos pacientes con migrañas de duración >12 horas, o si la frecuencia es mayor a 4 episodios moderados a graves por mes, se incluyen los betabloqueantes, los anticonvulsivantes y los antidepresivos tricíclicos. En la terapia de las cefaleas tensionales, se emplean analgésicos de venta libre, y, como medicación preventiva, los antidepresivos tricíclicos.

Por último, el tratamiento de elección para la cefalea en racimo es el oxígeno inhalado, mientras que, como prevención de la aparición de episodios cuando éstos son graves e incapacitantes, se indican corticosteroides. En la actualidad, se estudia el efecto de las inyecciones de toxina botulínica, de levetiracetam, de mirtazapina y de lisinopril.

Las cefaleas pueden ser primarias o secundarias a otros trastornos; las primarias, a su vez, se dividen en 3 tipos: migraña, tensional y en racimo. Su diagnóstico requiere de un exhaustivo interrogatorio y estudio de las características de los episodios. Una vez que se arriba al diagnóstico, se debe considerar, según el tipo de cefalea primaria en cuestión, la implementación

de dos tipos de tratamiento: el que reduce los síntomas una vez que los episodios comienzan, y el que evita que éstos aparezcan.

MODELO DE PREDICCIÓN DEL RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES EN PACIENTES CON ANGINA ESTABLE

Análisis del riesgo de muerte, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular

Londres, Reino Unido :

En el presente trabajo, sus autores crearon un modelo de predicción del riesgo de eventos adversos graves en los pacientes con angina estable, sobre la base de un puntaje con 16 variables clínicas. Sin embargo, este sistema no predice la naturaleza del evento ni el uso de procedimientos terapéuticos de la angina.

Fuente científica:

[**BMJ** 331(7521):869-872, Oct, 2005] – aSNC

Autores

Clayton T, Lubsen J, Pocock S y colaboradores

El puntaje de riesgo es una herramienta objetiva que ayuda a decidir sobre el manejo de los pacientes con angina estable (AE) y permite reducir en éstos la aparición de eventos adversos graves.

Los pacientes con AE presentan una baja mortalidad. Sin embargo, el riesgo de presentar infarto de miocardio (IM) o un accidente cerebrovascular (ACV) es considerable, y su calidad de vida frecuentemente es afectada por los síntomas.

El beneficio absoluto de cualquier tratamiento en la mejoría del pronóstico depende del riesgo de la aparición de eventos relacionados con la enfermedad; por eso, dichos riesgos requieren una especial consideración, especialmente si el tratamiento en cuestión presenta posibles complicaciones. Los puntajes de riesgo cardiovascular existentes se emplean principalmente para calificar el riesgo en la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares; no existen puntajes similares disponibles para los pacientes con angina. La creación de un puntaje de riesgo requiere de una gran base de datos de pacientes, seguidos durante varios años. Una potencial fuente de datos son los grandes ensayos clínicos aleatorizados. En el presente trabajo, sus autores emplearon los datos de un ensayo previo (ensayo ACTION), realizado para la investigación de la evolución de los pacientes tratados con nifedipina, y en el cual se realizó un seguimiento de 7 665 pacientes con AE sintomática, durante 4.9 años. En el presente estudio, se buscó crear un puntaje destinado a predecir el riesgo combinado de muerte por cualquier causa, de IM y de ACV.

En el modelo final, se incluyeron 16 variables. Estas fueron (en orden decreciente de contribución) la edad, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, el hábito tabáquico, el recuento de glóbulos blancos, la presencia de diabetes, la glucemia, la creatinemia, el antecedente de ACV, la presencia de al menos un ataque de angina por semana, los hallazgos angiográficos, el tratamiento hipolipemiente, el intervalo QT, la tensión arterial sistólica ≥ 155 mm Hg, la cantidad de medicamentos usados para la angina, el antecedente de IM previo y el sexo. La edad fue el factor predictor más fuerte, mientras que la diabetes y el antecedente de un ACV previo fueron los predictores más fuertes a partir de la historia clínica. Los pacientes con la enfermedad en 3 ó más vasos también presentaban un riesgo incrementado. Los patrones de los factores de riesgo fueron similares entre los eventos analizados; sin embargo, el riesgo de ACV se asoció más fuertemente a la elevación de la tensión arterial y no se relacionó con el recuento de glóbulos blancos, los datos angiográficos, el sexo y el antecedente de un IM previo. El puntaje de riesgo no parece predecir la naturaleza del evento adverso ni la incidencia de la realización de angiografía o revascularización. El sistema de puntaje de riesgo creado por los autores del presente trabajo emplea 16 variables clínicas para la cuantificación del riesgo de muerte por cualquier causa, de IM y de ACV inhabilitante. Los pacientes con los puntajes ubicados en el 10% más alto presentan un riesgo 10

veces superior al correspondiente a aquellos cuyos puntajes pertenecen al 10% más bajo. En el estudio no se encontró una relación entre el uso de procedimientos relacionados con el tratamiento de la angina y el riesgo de muerte, IM y ACV, lo que sugiere que los eventos relacionados con la ruptura de la placa presentan una patología diferente, y distintos factores de riesgo, que la angina empeorada por la progresión de la enfermedad coronaria.

Trabajos Distinguidos, Serie Clínica Médica, integra el Programa SIIC de Educación Médica
Continuada