

# Compendio Médico

Aland Bisso Andrade\*

## Apendicitis Neuroinmune

Del 15% al 20% de apéndices extraídos en pacientes con sospecha de apendicitis aguda, aparecen normales en el examen histológico. La causa del dolor en tales pacientes es desconocida.

Debido a que se ha observado que los neuropéptidos pueden estar alterados en la inflamación crónica, los investigadores estudiaron los posibles cambios en la innervación peptidérgica para la sustancia P (SP), el péptido intestinal vasoactivo (PIV) y la proteína-43 asociada al crecimiento (PAC-43).

Apéndices clasificados como apendicitis aguda, apendicitis no-aguda (signos clínicos de apendicitis pero histológicamente no inflamados), o normales, fueron procesados en pruebas inmunocitoquímicas para la SP, PIV y la PAC-43.

Un total de 31 apéndices fueron estudiados (16 agudos y 15 no-agudos). Otros 16 apéndices fueron usados como control. La expresión PAC-43 estuvo incrementada en las apéndices no-agudas.

Se observó una gran cantidad de nervios SP y PIV inmunoreactivos en la capa mucosa de los apéndices de pacientes no-aguda en comparación a los controles y los pacientes con apendicitis aguda. Adicionalmente, hubo una relación estrecha entre los nervios SP y PIV inmunoreactivos y las células linfocíticas detectadas en zonas fuera de los folículos linfáticos.

Los autores interpretan así los resultados: la neuroproliferación en el apéndice, en asociación con el incremento de los neurotransmisores SP y PIV, pueden estar involucrados en la fisiopatología del dolor agudo en la fosa iliaca derecha en ausencia de la inflamación del apéndice. La interacción celular inmune y el sistema nervioso, sugiere a la apendicitis neuroinmune como una nueva entidad patológica.

Di Sebastiano P et al, *Lancet* 1999; 354: 461-6

## Prevención de la muerte en pacientes con enfermedad de las arterias coronarias

La terapia antiarrítmica empírica no ha reducido la mortalidad entre pacientes con enfermedad coronaria y arritmia ventricular asintomática.

En este trabajo los autores condujeron un estudio aleatorizado y controlado, para probar la hipótesis que la terapia antiarrítmica guiada electrofisiológicamente, podría reducir el riesgo de muerte súbita, con fracción de eyección ventricular de 40% o menos, asintomáticos y con taquicardia ventricular no-sostenida.

Un total de 704 pacientes con taquiarritmia ventricular sostenida, fueron aleatorizados en grupos de tratamiento. Los pacientes ingresaron a un programa de

estimulación para recibir terapia antiarrítmica con drogas (45%) o con desfibriladores (46%). Los pacientes recibieron inhibidores de la ECA y beta-bloqueadores sino toleraban tales regímenes.

El seguimiento durante 5 años demostró que falla cardíaca o muerte ocurrió entre el 25% de pacientes que recibieron terapia guiada electrofisiológicamente y 32% entre los que no recibieron terapia antiarrítmica. A los 5 años, la mortalidad, en general, fue de 42% y 48%, respectivamente. El riesgo de falla cardíaca o muerte por arritmia entre los que recibieron terapia con desfibriladores fue significativamente más bajo que entre los pacientes que no la recibieron ( $p < 0.001$ ). Ni la frecuencia de falla cardíaca o muerte por arritmia ni la mortalidad en general, fue más baja entre los pacientes asignados a terapia guiada electrofisiológicamente y tratados con drogas antiarrítmicas, que entre aquellos pacientes asignados a no recibir terapia antiarrítmica.

Los autores concluyen que la terapia guiada electrofisiológicamente con implante de desfibriladores, pero no con drogas antiarrítmicas, reduce el riesgo de muerte súbita en pacientes con enfermedad coronaria.

Buxton A et al N, *Engl J Med* 1999; 341: 1882-90

## Transmisión de VIH-1 resistente a drogas antirretrovirales

La resistencia del VIH-1 a las drogas antirretrovirales es la principal causa de falla terapéutica antirretroviral. En este trabajo, los autores evaluaron la transmisión de variantes de droga-resistencia entre sujetos con infección primaria del VIH-1.

Se logró la secuencia de la transcriptasa viral y de los genes de las proteasas procedentes del RNA viral del plasma, consecutivamente de 82 pacientes con infección primaria del VIH-1 documentada entre enero de 1996 y julio de 1998.

La resistencia fenotípica a los inhibidores de proteasas fue evaluada por prueba de virus recombinante en sujetos con dos o más mutaciones asociadas con la resistencia a los inhibidores de proteasas.

Los investigadores hallaron mutaciones de resistencia a la zidovudina en siete pacientes (9%) de los 82 sujetos estudiados. Las mutaciones asociadas con resistencia asociadas con resistencia a otros inhibidores de la transcriptasa reversa (ITR), fueron detectadas en dos pacientes. Las mutaciones de resistencia primaria asociadas con inhibidores de proteasas (V82A, L90M) fueron detectadas en tres pacientes (4%) de 70 sujetos, dos de ellos tenían también mutaciones de resistencia fue observada en tres sujetos, uno de los cuales estuvo infectado con una variante de VIH-1 que albergaba 12 mutaciones asociadas con resistencia múltiple a los ITR y a los inhibidores de proteasas.

Los autores recomiendan que debe ofrecerse siempre el mejor tratamiento y que una prueba de resistencia debe ser realizada en personas con infección reciente al VIH-1.

Yerly S et al, *Lancet* 1999; 354: 729-33

\* Secretario de Acción Científica, Sociedad Peruana de Medicina Interna.

## Asociación entre ansiedad en el embarazo y aumento del índice de resistencia de la arteria uterina

Los autores se propusieron investigar si la ansiedad materna durante el tercer trimestre del embarazo se asociaba con el incremento del índice de resistencia de la arteria uterina.

Fueron asignadas para el estudio 100 gestantes con un promedio de 32 semanas de embarazo.

La ansiedad se valoró mediante cuestionarios adecuados de Spielberg y de rasgo de ansiedad, en tanto que el flujo de la arteria uterina se evaluó mediante estudio ultrasónico Doppler.

Se encontró una significativa asociación entre resistencia de la arteria uterina y los puntajes de estado de Spielberg y de rasgo de ansiedad ( $p < 0,002$  y  $p < 0,005$  respectivamente).

Las mujeres con puntajes de estado de ansiedad  $> 40$  ( $n = 15$ ) tuvieron índice de resistencia uterina en comparación a las que tenían puntajes  $40 <$  ( $p < 0,0001$ ).

Similarmente, las mujeres con rasgo de ansiedad  $> 40$  ( $n = 32$ ) tuvieron un mayor índice de resistencia que aquellas con puntaje  $> 40$ . La presencia de mellas en el flujo de la arteria uterina se encontró en 4/85 (5%) de las que tenían bajo puntaje de ansiedad ( $p < 0,02$ ).

El estudio demuestra una objetiva asociación entre ansiedad materna en el embarazo y el incremento de la resistencia uterina. Estos hallazgos sugieren un mecanismo por el cual el estado psicológico de la madre puede afectar al desarrollo fetal y puede explicar la asociación epidemiológica entre la ansiedad y bajo peso al nacer.

La influencia de la ansiedad materna puede ser uno de los mecanismos por el cual el ambiente intrauterino contribuye más tarde en las enfermedades del producto.

Teixira J et al, British Medical Journal 1999; 7177: 153-7

## Corticoterapia oral en pacientes con exarcebación de EPOC admitidos en el hospital

El rol de los corticoides orales en el tratamiento de pacientes con exarcebación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es aun incierto.

en el presente trabajo los autores evalúan los efectos de la corticoterapia oral en pacientes con exarcebación de EPOC admitidos en un hospital, mediante un estudio prospectivo, aleatorizado y a doble ciego.

Se reclutaron pacientes con exarcebación de EPOC no-acidóticos y fueron aleatorizados para recibir 30/mgdía de prednisona ( $n = 29$ ) o placebo ( $n = 27$ ), durante 14 días, como terapia adicional a la terapia estándar de nebulizaciones con broncodilatadores, antibióticos y oxígeno.

Los pacientes fueron llamados y citados seis semanas después del alta para repetir la espirometría y ser interrogados acerca de síntomas, nuevas exarcebaciones

y tratamiento. Pruebas de VEF<sub>1</sub> fueron realizadas según protocolo.

El VEF<sub>1</sub> después de la broncodilatación se consiguió más rápidamente y fue de mayor puntaje, en los pacientes que recibieron corticoterapia (41,5%) que en el grupo placebo (25,7%) ( $p < 0,0001$ ). Después del quinto día de hospitalización, el VEF<sub>1</sub>, después de la broncodilatación, se incrementó 90 mL/día en el grupo que recibió corticoides y de 30 mL/día en el grupo placebo. Asimismo, el periodo de hospitalización también fue menor en el grupo que recibió corticoterapia en comparación al grupo placebo.

Los autores concluyen que es beneficiosa la corticoterapia oral en bajas dosis a los pacientes no-acidóticos con exarcebación de EPOC que son hospitalizados.

Davies L et al, Lancet 1999; 354:456-60

## Medidas antitrombóticas en la prevención del ataque cerebral en pacientes con fibrilación auricular

Los autores se propusieron evaluar el uso apropiado de medidas antitrombóticas para prevenir el ataque cerebral en pacientes con fibrilación auricular (FA).

Un grupo de 344 pacientes con FA, estratificados según edad, fueron evaluados clínicamente respecto a las contraindicaciones de la anticoagulación y riesgos de ataque cerebral. el uso de warfarina y aspirina fueron comparados con las recomendaciones para anticoagulación derivadas de los datos clínicos del estudio.

Los resultados demostraron que 47 pacientes (14%) tuvieron bajo riesgo de ataque cerebral, 213 (61%) riesgo moderado y 84 (24%) alto riesgo.

La proporción de pacientes que requirió anticoagulación varió de 258/344 (75%) a 72/344 (21%), así, dependiendo del criterio utilizado, se utilizó warfarina en 86/258 (33%) y 36/72 (50%), respectivamente. Warfarina o aspirina no se estuvieron utilizando en 124/297 (42%) pacientes con moderado a alto riesgo de ataque cerebral, mientras que la anticoagulación si fue administrada en 13/47 (27%) pacientes con bajo riesgo. El uso de antitrombóticos (warfarina o aspirina) fue significativamente menos común en pacientes mayores de 75 años a pesar que no tenían contraindicaciones para hacerlo y que eran elegibles de acuerdo a los criterios de indicación antitrombótica ( $p < 0,001$ ).

Utilizando criterios clínicos se encontró una clara necesidad de anticoagulación en cerca del 25% de pacientes con FA y alto riesgo de ataque cerebral; de ellos, sólo el 50% de pacientes elegibles iniciaron anticoagulación, y concluyen que la anticoagulación preventiva debe basarse más en el riesgo que en la edad.

Recomiendan que es necesario realizar una adecuada prevención antitrombótica en pacientes con FA, durante la práctica clínica.

Melbourn A et al, Heart 1999; 82: 570-4

## Suplemento dietético con ácido poliinsaturado n-3 y vitamina E, después del infarto agudo de miocardio

Aun es controversial las evidencias del beneficio de los alimentos ricos en vitamina E, en ácidos grasos poliinsaturados n-3 (AGPI) y de sus fármacos sustitutos.

En el presente trabajo, investigadores del Grupo Italiano de estudio para la supervivencia de infarto de miocardio (GISSI), realizaron un estudio de prevención en pacientes que habían sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM).

Desde octubre de 1993 a setiembre de 1995, un grupo de 11324 pacientes que tenían ya 3 o más meses de supervivencia a un IAM, fueron aleatorizados para recibir AGPI n-3 en cantidad de 1g/día (n=2836), vitamina E 300mg/día (n=2830), ambos suplementos (n=2830)

o nada (control, n=2828) durante 3 a 5 años.

Los puntajes finales primarios de eficacia se basaron en la muerte, IAM fatal o el ataque cerebral.

El análisis de los resultados encontró que el grupo AGPI n-3, pero no el grupo vitamina E, tuvo bajo riesgo en los puntajes finales primarios (disminución del riesgo de muerte (14% a 20%) y de la muerte cardiovascular (17% a 30%). Los efectos del tratamiento combinado fueron similares a los hallados con sólo el AGPI n-3, para los puntajes primarios (14%) y para los eventos fatales (20%).

Los autores concluyen que el suplemento dietético con AGPI n-3 en los pacientes que sobreviven al IAM, pero no a la vitamina E, tiene un beneficio clínico y estadístico significativos. Estos efectos sobre los eventos cardiovasculares fatales requieren futuras investigaciones.

GISSI-Prevenzione Investigators, Lancet 1999; 354:447-55



# CODIGO DE ETICA

## Declaración de Principios

*La ética médica rige la conducta de los médicos hacia lo correcto, lo ideal y lo excelente. La deontología médica se ocupa de los deberes de los médicos.*

*El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú constituye el conjunto de preceptos de carácter moral que aseguran una práctica honesta y una conducta honorable a todos y cada uno de los miembros de la profesión médica. Los preceptos de este Código rigen para todos los colegiados y no condenan necesariamente al orden jurídico sino al fuero interno de la persona, al respeto de la dignidad humana y, especialmente al espíritu de la profesión médica.*

*El Código de Ética y Deontología será constituido por el conjunto sistematizado de las normas que orientan y encausan el ejercicio de la medicina dentro de los principios que le son inherentes (Artículo del Estatuto del Colegio Médico del Perú).*

*La medicina como arte y ciencia, orientada al logro de la más alta calidad de vida, es una profesión que tiene como fundamento el respeto a la vida y a la dignidad humana. La medicina es una profesión que se sustenta en una relación humana que trata y respeta la individualidad y la integridad moral, psíquica y física de la persona y se orienta por los principios de la relación médico-paciente. La medicina, como profesión de servicio, cumple un rol social permanente, manteniendo su legítima vigencia en la sociedad actual, contribuyendo a la cultura, al desarrollo humano y a la civilización.*

*El ejercicio de la medicina, por su peculiaridad, además del respeto a la dignidad humana y a los derechos a la vida y a la integridad, incluye inherentemente un permanente respeto a otros derechos fundamentales: el derecho a la identidad, el derecho a la libertad de conciencia, el derecho a la salud (expresión del derecho a la vida y del derecho a la integridad), el derecho a la intimidad personal y familiar, el derecho a la identidad étnica y cultural, y el derecho a la seguridad social.*

*En su actividad profesional, el médico tiene el derecho fundamental y el deber de guardar el secreto profesional.*

*En su ejercicio profesional, especialmente en la relación médico-paciente, el médico vela por estos principios y derechos. El médico prioriza sus decisiones en función del mejor interés del paciente. El médico no establece diferencias ni discriminación entre los pacientes, a los que atenderá con respeto y dedicación.*

*El decoro, la honestidad, el desinterés y la integridad moral, constituyen normas que condicionan y gobiernan la conducta de los médicos y exaltan su idealismo a los planos más elevados de la vida en comunidad.*

*Los principios éticos que condicionan y gobiernan la conducta y la vida de los médicos, no se diferencian sustantivamente de los que norman la conducta y la vida de otros miembros de la sociedad, pero se distinguen porque rigen a la profesión médica, cuyo especial quehacer sobre la vida y la salud de las personas, la convierte en prístina y esencial para la sociedad.*

*El reconocimiento y el respeto de los derechos del paciente, y de la persona en general, impuestos por el secreto médico, conforme a la inspiración hipocrática, contribuyen a asegurar la permanencia de una medicina realmente humana.*

*Debida a la trascendencia de su acción profesional, los avances de la ciencia y de la tecnología obligan al médico a asumir en la actualidad un papel social más relevante. Esto aumenta en el médico, su responsabilidad y la exigencia de ser fiel a los principios rectores de la medicina y de su ejercicio.*

*El conocimiento y cumplimiento de los preceptos establecidos en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú es, en consecuencia, requisito indispensable para la práctica de la profesión médica en el país.*