

CIRUGÍA CON BYPASS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

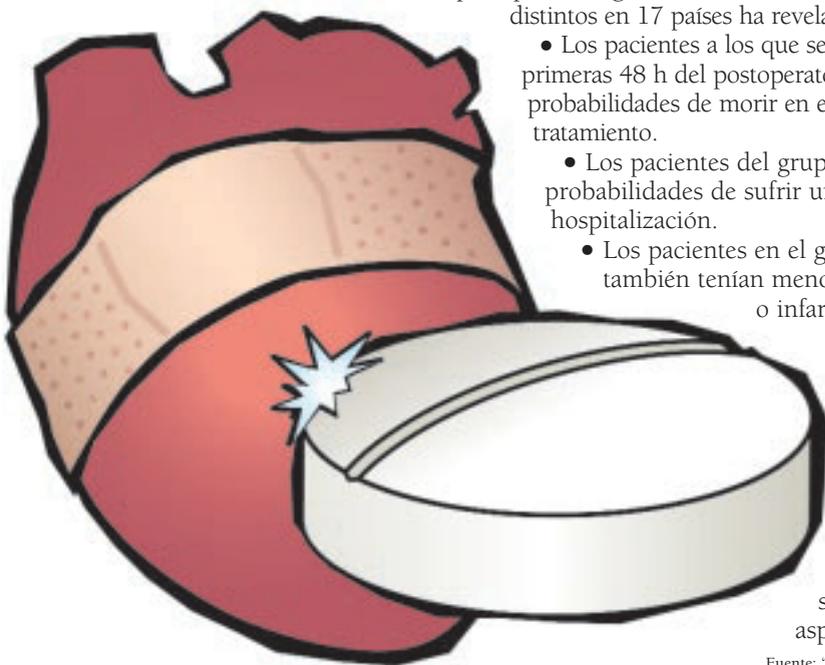
La aspirina ofrece beneficios sorprendentes después de la cirugía

Revocando el saber tradicional, la investigación ha demostrado que la administración de aspirina inmediatamente después de una intervención de bypass de las arterias coronarias (CBAC) no sólo es segura sino que salva vidas. Tradicionalmente, los médicos han evitado la administración de aspirina después de la cirugía cardíaca mayor por temor a desencadenar una hemorragia postoperatoria grave. Pero un estudio en más de 5.000 pacientes de 70 centros distintos en 17 países ha revelado los beneficios de este tratamiento:

- Los pacientes a los que se les administran 650 mg de aspirina en las primeras 48 h del postoperatorio de CBAC tenían sólo un tercio de probabilidades de morir en el hospital comparado con los que no reciben este tratamiento.
- Los pacientes del grupo en tratamiento con aspirina tenían un 50% de probabilidades de sufrir un ataque cardíaco o un ictus durante la hospitalización.
- Los pacientes en el grupo que recibía tratamiento con aspirina también tenían menos probabilidades de padecer insuficiencia renal o infarto intestinal.
- Los pacientes en el grupo de tratamiento con aspirina no presentaron más complicaciones hemorrágicas.

Los investigadores también se sorprendieron al descubrir que los pacientes que dejaban de tomar aspirina antes de la cirugía tenían más probabilidades de morir que los que continuaron tomándola. Las recomendaciones actuales de la American Heart Association aún sugieren la suspensión de la administración de aspirina de 7 a 10 días antes de la cirugía CBAC.

Fuente: "Aspirin and Mortality from Coronary Bypass Surgery", *The New England Journal of Medicine*, D. Mangano, et al., October 24, 2002.



OSTEOPOROSIS

Fracturas perjudiciales para los ancianos

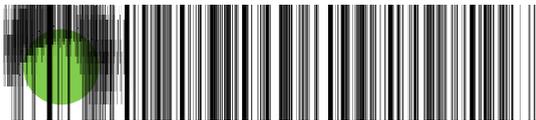
Debido a que muchos pacientes y médicos consideran que la osteoporosis es un problema de mujeres, los ancianos varones pueden sufrir fracturas óseas que no se diagnostiquen ni reciban el tratamiento adecuado.

En un estudio, se incluyó a 110 varones y a 253 mujeres hospitalizados con fractura de

cadera después de una caída o de un traumatismo de bajo impacto. La media de edad de los pacientes era de 80 años.

Aunque la fractura asociada con un traumatismo de bajo impacto es un signo clásico de osteoporosis, sólo un 4,5% de los pacientes recibió una prescripción de tratamiento de la osteoporosis en el alta, comparado con un 27% en el grupo de mujeres. Un 32% de varones falleció en el año siguiente de la fractura. El índice de mortalidad en las mujeres fue del 17%.

Hasta 5 años después, sólo a un 11% de los varones se les llevaron cabo densitometrías óseas y únicamente un 27% seguía algún tratamiento para la osteoporosis. Por el contrario, el 70% de las mujeres seguía un tratamiento para la osteoporosis. En ancianos varones, las bajas concentraciones de testosterona, el alcoholismo o el tratamiento con corticoides puede reducir la densidad ósea. Como las mujeres, pueden responder de forma adecuada a los tratamientos estándar,



incluyendo los suplementos de calcio o los fármacos reconstructores de la densidad ósea.

El estudio fue financiado parcialmente por el laboratorio Merck & Co, fabricante del reforzante óseo Fosamax (alendronato sódico), aunque este laboratorio no tuvo ningún tipo de participación en el estudio.

Fuente: "Undertreatment of Osteoporosis in Men with Hip Fracture", *Archives of Internal Medicine*, G. Kiebzak, et al., October 28, 2002.

UN NUEVO TEST PARA EL VIH

Resultados precisos en 20 min

La Food and Drug Administration (FDA) ha aprobado el OraQuick, un

test de 20 min para determinar la presencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que le proporciona los resultados mientras el paciente espera. De fácil uso, tiene una fiabilidad del 99,6% según la FDA.

La mayoría de pacientes deben esperar varios días para obtener los resultados de las pruebas de laboratorio para la determinación del VIH. Aunque hace años que existe un test en que los resultados se obtienen en 10 min, su utilización no se ha extendido porque es difícil de realizar.

Para emplear el OraQuick, se coloca una muestra de una gota de sangre capilar en un vial que contiene una solución específica y a

continuación se sumerge una tira reactiva. Una única línea rojiza indica VIH negativo; dos líneas indican posible infección, por lo que deberían realizarse más pruebas.

Aunque el test es lo suficientemente sencillo como para que lo utilicen los trabajadores sociales en las instituciones sanitarias, sólo se ha aprobado su uso por parte de determinados profesionales de la salud. El fabricante, OraSure Technologies, puede pedir un permiso especial para ampliar su uso a la comunidad.

PARO CARDÍACO

Aprobado un DEA para uso doméstico

En noviembre, la Food and Drug Administration (FDA) aprobó el primer desfibrilador externo automático (DEA) diseñado para su utilización doméstica para el público en general. El desfibrilador Philips Electronics Heartstat Home Defibrilator explica todos los pasos de la reanimación en seis niveles. El fabricante defiende que incluso el personal no sanitario es capaz de usarlo correctamente en situaciones de emergencia, como han demostrado diferentes estudios. Si el aparato detecta latido cardíaco, se evita el shock de la descarga mediante un sistema de seguridad.

Aproximadamente un 70% de paros cardíacos se producen en el domicilio y el perfil habitual es de un varón de 60 años, por lo que las personas que probablemente más lo emplearán serán mujeres mayores para salvar a sus maridos. Los escépticos argumentan que la disponibilidad del aparato producirá más perjuicios que beneficios si el reanimador pierde el tiempo intentando hacerlo funcionar en lugar de llamar al servicio de emergencias inmediatamente. La American Heart Association no recomendará el aparato hasta que se disponga de estudios de investigación que demuestren que salva vidas.

El HeartStart, disponible sólo por prescripción, cuesta unos 2.295 dólares.

Pregunte al experto



P: ¿Cuál es la diferencia entre los valores de PO₂ y de SatO₂, y qué indican sobre el estado del paciente? O.L., enfermera.

R: La presión parcial de oxígeno en sangre arterial, o PO₂, es un valor de los gases arteriales sanguíneos que mide la cantidad de oxígeno transportada a los tejidos sin unirse a la hemoglobina (cerca de un 3% del total de oxígeno que se transporta a los tejidos). Se considera un valor normal de PO₂ 80-100 mmHg si el paciente recibe oxígeno suplementario o respira aire corriente (con un 21% de oxígeno). Si el paciente recibe oxígeno en altas concentraciones, la PO₂ debería aumentar. Si no lo hace, el paciente tiene un problema pulmonar que afecta su capacidad para el transporte de oxígeno en el torrente sanguíneo.

Por el contrario, la SatO₂, que se expresa mediante un porcentaje, indica la calidad de la saturación de la hemoglobina con oxígeno en la sangre arterial. Aproximadamente un 97% del oxígeno en sangre arterial se une a la hemoglobina. La pulsoximetría, intermitente o continua, que mide de forma indirecta la saturación de oxígeno, es una parte importante de la valoración pulmonar.

Normalmente la hemoglobina está saturada con oxígeno en un 94 a un 100%. Cuando el valor de SatO₂ se sitúa por debajo del 90% el paciente tiene un riesgo elevado de oxigenación inadecuada.

Aunque los valores de PO₂ y SatO₂ ayuden a determinar la oxigenación del paciente, en realidad sólo miden la capacidad pulmonar para transferir el oxígeno hacia la sangre. Ninguno de los dos valores le indica cómo se está distribuyendo el oxígeno a escala tisular. Para ello sería necesario considerar tanto el valor de hemoglobina como el gasto cardíaco del paciente. Recuerde que estos valores tampoco dicen nada acerca de la capacidad pulmonar para expulsar CO₂. Para valorar esta función debería determinar el valor de la PCO₂.

Frederick J. Tasota, RN, MSN

Miembro del Comité Editorial de Nursing 2003, Frederick J. Tasota es investigador asociado e instructor clínico en la Universidad de Pittsburgh, Pa.

PROTEÍNA C-REACTIVA

El proceso inflamatorio puede ser la explicación a determinadas cardiopatías

Un gran estudio publicado el pasado mes de noviembre describe la implicación de la inflamación silente desencadenada por la proteína C- reactiva (PCR) como principal causa de los ataques cardíacos, incluso de mayor importancia que la elevación de las concentraciones de colesterol u otros factores de riesgo reconocidos. Como proceso químico natural, la PCR está implicada en la defensa contra la infección.

El estudio, que incluyó a 28.000 mujeres, demostraba que las personas con unas concentraciones elevadas de PCR tienen dos veces más probabilidades de morir de un ataque cardíaco o un ictus que los que presentan elevación de las concentraciones de colesterol. Esto aporta más consistencia a la llamada "hipótesis inflamatoria", que define al proceso inflamatorio como el principal factor causante de enfermedad cardiovascular. La inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos puede provocar la formación de placas que se rompan, migren en forma de émbolos y desencadenen un ataque cardíaco o un ictus.

La concentración de PCR del paciente puede controlarse con un simple análisis de sangre. Un comité esponsorizado por la American Heart Association y el Centers for Disease Control and Prevention está revisando la evidencia disponible para efectuar las recomendaciones clínicas de cribado de PCR.

Fuente: "Comparison of C-Reactive Protein and Low-Density Lipoprotein Cholesterol Levels in the Prediction of First Cardiovascular Events", *The New England Journal of Medicine*, P. Ridker, et al., November 14, 2002.

ARTRITIS

El dolor articular es más habitual de lo que imagina

Uno de cada tres norteamericanos adultos padece artritis u otros problemas articulares crónicos, un porcentaje mucho más elevado en comparación con estimaciones previas, según las autoridades

CÁNCER DE MAMA

La extirpación nodular suele ser tan efectiva como la mastectomía

Según dos estudios a largo plazo, los índices de supervivencia en mujeres con cáncer de mama sin metástasis son similares entre las que han sido tratadas con una mastectomía o con una extirpación nodular. Estos resultados confieren un gran apoyo a la extirpación nodular como alternativa terapéutica y pueden beneficiar a muchas mujeres con cáncer de mama por ser una cirugía que la preserva.

En un estudio italiano, 701 mujeres con tumores de mama inferiores a 2 cm de diámetro fueron sometidas a mastectomía radical o a extirpación nodular. Todas recibieron radioterapia después de la intervención quirúrgica. Después de 20 años de seguimiento, los índices de mortalidad por cáncer fueron del 24% en el grupo de mujeres a las que se les practicó la mastectomía y del 26% en el grupo sometido a extirpación nodular.

En un estudio americano, los investigadores asignaron de forma aleatoria a 1.851 mujeres con cáncer de mama en tres grupos de tratamiento: mastectomía total, extirpación nodular y extirpación nodular con radioterapia. Después de más de 20 años de seguimiento, los investigadores no han hallado diferencias significativas entre los tres grupos de mujeres con relación a la supervivencia libre de enfermedad o a la supervivencia en general.

De todos modos, la extirpación nodular con radioterapia posterior se asoció con una menor incidencia de recaídas tumorales que en la extirpación nodular como única opción terapéutica. Sólo un 14% de mujeres que siguieron la pauta de radioterapia después de la extirpación nodular presentaron recaídas tumorales, comparado con un 39% de mujeres a las que se les realizó únicamente extirpación nodular.

Source: "Twenty-Year Follow-up of a Randomized Study Comparing Breast-Conserving Surgery with Radical Mastectomy for Early Breast Cancer", U. Veronesi, et al., and "Twenty-Year Follow-up of a Randomized Trial Comparing Total Mastectomy, Lumpectomy, and Lumpectomy plus Irradiation for the Treatment of Invasive Breast Cancer", B. Fisher, et al., *The New England Journal of Medicine*, October 17, 2002.

sanitarias federales. El número, unos 70 millones de personas, es un 63% más elevado que la estimación de 1997, de unos 43 millones.

La investigación, llevada a cabo por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), incluye métodos de recogida de datos más amplios y demuestra un incremento real de los índices de artritis en mujeres que tienen hijos en edad avanzada. Los estudios previos se realizaron en pacientes tratados por un profesional de la salud. Pero muchas de las personas que sufren artritis consideran que el dolor es una consecuencia normal de la edad y no buscan ayuda profesional.

Los investigadores de los CDC encuestaron telefónicamente a 212.000 adultos de los 50 Estados. Comparado con el estudio de 1997, en esta ocasión las preguntas fueron más detalladas, como por ejemplo si había experimentado dolor, rigidez o inflamación de alguna articulación durante la menos un mes. Cerca de un tercio de las personas con síntomas de artritis afirmaron no haberle consultado al médico acerca de este dolor.

En general, los Estados del centro y del noroeste tienen los índices más elevados de artritis. Para más información, visite la página Web de los CDC en: <http://www.cdc.gov/nccdphp/arthritis/> 

