

ción de larvas en heces o aspirado duodenal o pruebas serológicas). En cuanto al tratamiento, el tiabendazol fue efectivo (25 mg/kg cada 12 h, con un máximo de 3 g/día durante una semana), sin que se produjeran efectos secundarios. Algunos autores⁸ propugnan la ivermectina como el tratamiento de elección para este tipo de parasitosis, pero hasta ahora el tiabendazol es el único fármaco con eficacia establecida en la strongiloidiasis diseminada^{9,10}.

Martín J. Etxebarria^a, Luis Torroba^b,
José María Aréjola^a e Itziar Gastón^c

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, Navarra, España. ^bServicio de Microbiología. ^cServicio de Neurología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, Navarra, España.

- Mahmoud AAF. Strongyloidiasis. Clin Infect Dis 1996;23:949-53.
- Brown HW. *Strongyloides stercoralis*. Parasitología clínica. 4.ª ed. México: Editorial Interamericana, 1977; p. 105-9.
- Leighton P, MacSween M. *Strongyloides stercoralis*. The cause of an urticarial-like eruption of 65 years' duration. Arch Intern Med 1990;150:747-49.
- Scowden EB, Schaffner W, Stone WJ. Overwhelming strongyloidiasis: an unappreciated opportunistic infection. Medicine 1978; 57:527-44.
- Genta RM, Milles P, Fields K. Opportunistic *Strongyloides stercoralis* infection in lymphoma patients: report of a case and review of literature. Cancer 1989;63:1407-11.
- Cremades MJ, Igual R, Ricart C, Estelles F, Pastor-Guzmán A, Menéndez R. Infección por *Strongyloides stercoralis* en la comarca de La Safor (Comunidad Valenciana). Med Clin (Barc) 1997;109:212-5.
- Roman Sánchez P, Pastor Guzmán A, Moreno Guillén S, Igual Adell R, Martín Estruch A, Navarro Gonzalo I, et al. Endemic strongyloidiasis on the Spanish Mediterranean coast. Q J Med 2001;94:357-63.
- Mensa J, Gatell JM, Jiménez de Anta MT, Prats G, Domínguez-Gil A. Guía de terapéutica antimicrobiana. Barcelona: Masson, 2003; p. 260.
- Gann PH, Neva FA, Gann AA. A randomized trial of simple and two doses ivermectin versus thiabendazole for treatment of strongyloidiasis. J Infect Dis 1994;169:1076-9.
- Tracy JW, Webster LT. Fármacos utilizados en la quimioterapia de helmintiasis. En: Hardman JG, Limbird LE, editores. Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. México: McGraw-Hill, 2003; p. 1137-57.



Diferencias en la atención de las mujeres con alto riesgo cardiovascular respecto a los varones

Sr. Editor: Recientemente se ha publicado en MEDICINA CLÍNICA el trabajo original de Conthe et al¹ sobre las diferencias en la atención de las mujeres de alto riesgo cardiovascular respecto de los varones. El interesante artículo destaca esas diferencias, fundamentalmente en relación con el tratamiento con antiagregantes, donde las mujeres son infratratadas respecto a los varones. Se argumenta que estas diferencias pudieran estar relacionadas con la falsa sensación que pudiera tener el médico de que el riesgo alto es sólo propio de los varones o que en los ensayos clínicos de

intervención farmacológica hay una menor evidencia de beneficio en las mujeres.

No obstante, quisiera aportar una posible explicación obtenida de los propios datos publicados en dicho artículo. Como se refleja en la figura 1 del trabajo de Conthe et al¹, en los varones coexiste la enfermedad cardiovascular establecida en múltiples territorios, mientras que las mujeres presentan más frecuentemente diabetes mellitus asociada a otros factores de riesgo cardiovascular, sin que éstos definan obligatoriamente enfermedad cardiovascular establecida.

La antiagregación es una práctica admitida como profilaxis secundaria de eventos vasculares. En cambio, la indicación de antiagregación en diabetes sin acontecimientos cardiovasculares definidos está en discusión en la actualidad² y es posible que se acepte ampliamente en un futuro próximo. El tercer panel de expertos americanos en el control de la hipercolesterolemia (NCEP-ATP-III)³ recomienda la antiagregación en el síndrome metabólico, del que la diabetes puede formar parte.

La explicación propuesta a la diferente proporción de mujeres y varones antiagregados es la comorbilidad en cuanto a la presencia de acontecimientos vasculares en diferentes territorios vasculares de los varones, ya que el médico puede insistir más en la antiagregación si existe dicha comorbilidad. Habría, por tanto, que realizar el análisis multivariante no sólo ajustado por edad y sexo, sino también por la enfermedad vascular en 0, 1, 2 o 3 territorios vasculares (corazón, cerebro y arterial periférico). El número de territorios vasculares afectados podría comportarse como factor de confusión o factor de modificación en la prescripción de antiagregantes. Por ello, además de las explicaciones de los autores, hay que considerar la mayor asociación de enfermedad vascular establecida en los varones respecto de las mujeres.

José I. Cuende

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Telmo. Palencia, España.

- Conthe Gutiérrez P, Lobos Bejarano JM, González Juanatey JR, Gil Núñez A, Pajuelo Fernández F, Novials Sardá A, et al. Diferencias en la atención de las mujeres con alto riesgo cardiovascular respecto a los varones: estudio multidisciplinario. Med Clin (Barc) 2003;120:451-5.
- American Diabetes Association. Aspirin therapy in diabetes. Diabetes Care 2003;26(Suppl 1):87-8.
- Executive Summary of the Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486-97.



Sr. Editor: Agradecemos la aportación de Cuende en relación con las posibles explicaciones del menor uso de antiagregantes en la mujer con alto riesgo cardiovascular, en comparación con el varón.

No puede descartarse que la mayor concurrencia de lesiones arterioscleróticas en distintos territorios vasculares en el varón pudiera justificar en la práctica clínica mayor tenden-

cia a la antiagregación en el varón. Sin embargo, los datos aportados en nuestro estudio han pormenorizado las diferencias varón/mujer en distintas enfermedades vasculares motivo de estudio (accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria y vasculopatía periférica), encontrando en todos estos subgrupos diferencias significativas en cuanto a una menor antiagregación en la mujer. El presente estudio no aportó resultados significativos atribuibles a la mayor concurrencia de lesiones en el estudio multivariado, y esto pudiera deberse al limitado tamaño de la muestra (1.307 pacientes con algo de riesgo vascular). Por último, entre los pacientes diabéticos con otro factor de riesgo (como criterio de ingreso en el estudio), en los que se admite comúnmente la indicación de antiagregación¹, no se incluye a pacientes con otros datos de enfermedad arteriosclerótica establecida y tampoco las diferencias de antiagregación encontradas en razón del sexo parecen explicarse por el argumento propuesto.

P. Conthe y J.M. Lobos

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Gregorio Marañón.
Madrid, España.

- ADA Standards of Medical Care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care 2002;25:S33-48.



Reacciones adversas a medicamentos en pacientes ancianos hospitalizados

Sr. Editor: Hemos leído con interés el estudio publicado en MEDICINA CLÍNICA por Vilá et al¹ y deseamos comentar algunos aspectos sobre su metodología.

La definición de reacciones adversas a medicamentos (RAM) utilizada por los autores, si bien se halla referida², no nos parece la más adecuada, en primer lugar, porque exige que la respuesta al medicamento sea inesperada. En este sentido, la alopecia, mucositis o neutropenia inducidas por citostáticos no serían RAM y, por otra parte, RAM detectadas en este estudio no cumplen el criterio de ser inesperadas: hiperpotasemia por captopril, hiperpotasemia por enalapril, discinesia por sulpiride y otras de la tabla 4. Además, se incluyen criterios de gravedad en la definición de RAM cuando, en realidad, ambos (RAM y gravedad) son conceptos distintos. Desde el punto de vista de la farmacovigilancia una RAM se define, en el caso de fármacos comercializados, como una respuesta a un fármaco que es nociva y no intencionada, y que se produce con las dosis utilizadas normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o para modificar una función fisiológica³. Esta definición, que ya figuraba en el WHO Technical Report 498 (1972), ha sido adoptada por la International Conference of Harmonisation (Conferencia Internacional de Armonización)⁴, así como por la mayoría de las autoridades sanitarias del mundo y por el WHO Monitoring Center (Centro de Monitorización de la OMS)⁵ que, a su vez, desempeñó un importante papel en su elaboración⁶. Como puede comprobarse, difiere mucho de la adoptada en el estudio de Vilá et al¹.