Documento descargado de http://www.elsevier.es el 21/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

CARTAS CIENTÍFICAS

Influencia de los triglicéridos en el perfil lipídico de riesgo cardiovascular

Sr. Editor: El colesterol total (CT) y el transportado por lipoproteínas de alta (cHDL) y baja (cLDL) densidad constituyen los parámetros analíticos habitualmente empleados en el estudio del perfil lipídico[1,2]. Más recientemente, las apolipoproteínas A-I y B también han sido utilizadas con este propósito, aunque su empleo no está tan generalizado[3]. Por otro lado, la implicación de los valores plasmáticos de triglicéridos (TG) como factor independiente de riesgo en procesos arterioscleróticos, descrita en diversos estudios[4-6], es motivo de debate. Sin embargo, la hipertrigliceridemia conlleva un incremento de las lipoproteínas ricas en TG, así como alteraciones en el metabolismo de las cHDL y cLDL, que disminuyen el cHDL pero provocan el aumento de lipoproteínas aterogénicas, como las cLDL pequeñas densas[7,8]. En el presente estudio ha sido evaluada la relación entre TG y los parámetros del perfil lipídico, así como también la influencia de TG en los índices lipídicos utilizados para evaluar el riesgo cardiovascular.

Un total de 602 individuos, 298 varones y 304 mujeres, con edades entre 18 y 60 años, fueron seleccionados aleatorizadamente a partir de una población de 812 individuos remitidos entre enero de 1999 y septiembre de 2000 a la Unidad de Lípidos del Hospital Universitario La Fe de Valencia para estudio del perfil lipídico. La toma de muestra sanguínea se realizó por venopunción, previo ayuno de más de 12 h. El CT y el cHDL, previa precipitación con cloruro de magnesio y ácido fosfotúngstico, y los TG se determinaron por colorimetría. El cLDL se calculó mediante la fórmula de Friedewald, siempre que el valor de los TG no fuera igual o superior a 300 mg/dl. El colesterol noHDL se calculó por diferencia entre el CT y el cHDL. Las apo A-I y B se determinaron mediante inmunonefelometría. Los índices lipídicos estudiados fueron: CT/cHDL y apo B/apo A-I. El coeficiente de variación intra e inter ensayo obtenido fue inferior al 5%. La población se dividió en quintiles según la concentración de TG (T1 ≤ 58,2 mg/dl; T2 = 58,2-74,4 mg/dl; T3 = 74,4-89 mg/dl; T4 = 89-113 mg/dl; T5 ≥ 113 mg/dl). Las diferencias entre medias se estudiaron mediante el test de ANOVA. La comparación entre variables cuantitativas se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Para todas las pruebas estadísticas se acordó un nivel de significación $\alpha = 0,05$.

En la figura 1 se representa la distribución relativa de las lipoproteínas VLDL, cLDL y cHDL para cada uno de los quintiles de TG. Las diferencias de las medias calculadas para cada quintil fueron significativas ($p < 0,05$) para el cHDL, cLDL, el colesterol no HDL, cuyos valores para los quintiles T1 y T5 oscilaron, respectivamente, entre 40 y 50 mg/dl para el cHDL, 122 y 138 mg/dl para el cLDL y 47 y 52 mg/dl para el colesterol no HDL. Los TG presentaron una correlación positiva con respecto a la apo B ($r = 0,62$; $p < 0,001$) y el colesterol no HDL ($r = 0,59$; $p < 0,001$), mientras que fue negativa con respecto al cHDL ($r = –0,40$; $p < 0,001$). No se observó ninguna asociación estadística entre los TG y el cLDL ($r = 0,05$; $p < 0,001$) ni entre TG y la apo A-I ($r = –0,05$; $p < 0,001$). En la población estudiada, la correlación entre cHDL y cLDL con sus correspondientes apolipoproteínas fue significativa (apo A-I–cHDL, $r = 0,54$; apo B-cLDL, $r = 0,89$; $p > 0,001$).

Actualmente, la hipertrigliceridemia se ha relacionado con valores aumentados de distintos factores de coagulación[7], pero sobre todo con procesos arterioscleróticos debido a una alteración en la composición relativa de las lipoproteínas plasmáticas[4,5]. Así, el nivel de correlación obtenido entre los TG y el cHDL indica que los valores elevados de TG disminuyen la concentración del cHDL, pero no alteran los valores de apo A-I; por tanto, los TG modificarían la relación entre cHDL y apo A-I. En cambio, los valores de cLDL aumentan de forma gradual desde el quintil T1 al T5, aunque el porcentaje relativo de cLDL con respecto al CT prácticamente no varía entre los quintiles considerados. Además, los TG presentan una clara correlación con la apo B que no se refleja para el cLDL, por lo cual la proporción entre la apo B y el cLDL también se vería alterada. Este resultado estaría a favor de considerar el colesterol asociado a la apo B (colesterol no HDL) como un mejor indicador predictivo del riesgo aterogénico en comparación con el cLDL[9], tal y como se ha sugerido en estudios realizados en pacientes diabéticos[10]. Por último, en la variación de los índices lipídicos reflejada en la figura 1, el CT/cHDL aumenta de 3,85 en el T1 hasta 4,40 para el T5 y la *ratio* apo B/apo A-I varía desde 0,77 en el T1 hasta 1,06 en el T5, presenta especial interés práctico, de manera que al cuantificar el riesgo cardiovascular mediante estos índices, llegamos a la conclusión de que el incremento de los TG lleva asociado un mayor riesgo cardiovascular. A la vista de los resultados expuestos, concluimos que los TG alteran la relación entre el colesterol asociado a lipoproteínas (cHDL y cLDL) y sus respectivas apolipoproteínas (apo A-I y apo B), de manera que esta alteración influye de forma indirecta en un mayor riesgo cardiovascular.

Joaquín Villar Serrano,
Ricardo Server Huertas,
Javier Colomina Rodríguez
y Miguel Bretó Gilabert

Departamento de Biopatología Clínica.
Hospital Universitario La Fe.
Valencia.

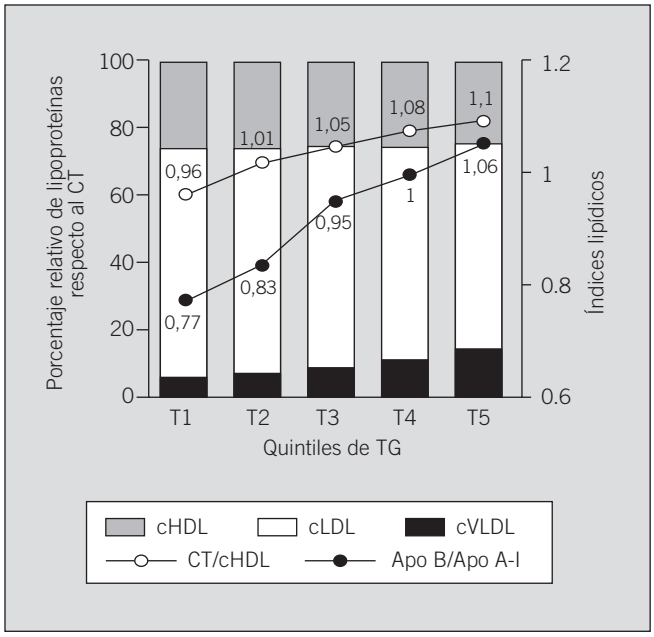

Fig. 1. Distribución porcentual del colesterol total (CT) entre lipoproteínas y variación de la ratio *CT/cHDL y apo B/apo A-I entre los quintiles de TG. El segundo eje de ordenadas hace referencia a los valores obtenidos de CT/cHDL y apo B/apo A-I para cada quintil. El cociente CT/cHDL se dividió por 4 para la adecuación de la escala del segundo eje.*

1. Gómez-Gerique JA, Gutiérrez-Fuentes JA, Montoya MT, Porres A, Rueda A, Avellaneda A et al. Perfil lipídico de la población española: estudio DRECE (Dieta y Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en España). Med Clin (Barc) 1999; 113: 730-735.
2. García Closas R, Serra Majem L, Chacón Castro P, Olmos Castevell M, Ribas Barba L, Salleras Sanmarti L et al. Distribución de las concentraciones de lípidos séricos en una muestra representativa de la población adulta de Cataluña. Med Clin (Barc) 1999; 113: 6-12.
3. Bachorik PS, Lovejoy KL, Carroll MD, Johnson CL. Apolipoprotein B and A-I distributions in the United States, 1988-1991: results of the National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III). Clin Chem 1997; 43: 2364-2378.
4. Leroux G, Lemieux I, Lamarche B, Cantin B, Dagenais GR, Lupien PJ et al. Influence of triglyceride concentration on the relationship between lipoprotein cholesterol and apolipoprotein B and A-I levels. Metabolism 2000; 49: 53-61.
5. Lamarche B, Despres JP, Moorjani S, Cantin B, Dagenais GR, Lupien PJ. Tryglicerides and HDL-cholesterol as risk factors for ischemic heart disease. Results from the Quèbec Cardiovascular Study. Atherosclerosis 1996; 119: 235-245.
6. Jeppesen JO, Hein HO, Suadicani P, Gyntelberg F. Triglyceride concentration and ischemic heart disease: an eight-year follow-up in the Copenhagen Male Study. Circulation 1998; 97: 1029-1036.
7. Cintora H, Altman R, Scazziota A, Cintora F, Melcon M, Machain M et al. Trigliceridemia basal y riesgo cardiovascular: 150-200 mg/dl como «rango crítico» con mayor riesgo aterogénico en individuos aparentemente sanos. Clin Invest Arterioscler 1999; 11: 113-120.
8. Vega GL. What is a healthy level of plasma triglyceride? Clin Invest Arterioscler 1999; 11: 132-133.
9. Vega GL, Grundy SM. Does measurement of apolipoprotein have a place in cholesterol management. Atherioscler Thromb 1990; 10: 669-671.
10. Rubiés-Prat J, Reverter JL, Sentí M, Pedro-Botet J, Salinas I, Lucas A et al. Calculated low-density lipoprotein cholesterol should not be used for management of lipoprotein abnormalities in patients with diabetes mellitus. Diabetes Care 1993; 16: 1081-1086.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 21/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Embarazos en parejas discordantes para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Sr. Editor: La utilización del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha transformado por completo la historia natural de la infección por el VIH. A la vez que se ha alargado la supervivencia de las personas seropositivas, su calidad de vida ha mejorado considerablemente[1,2]. Además, son cada vez menos los sujetos que continúan con la adicción a drogas por vía endovenosa[3] y cada vez más los que realizan una actividad laboral y social normales. Como la mayoría de personas VIH+ son jóvenes, con edades comprendidas entre los 25 y los 40 años, es cada vez mayor la demanda de información a sus médicos acerca de la posibilidad de formar una familia estable y tener hijos.

Cuando los dos miembros de la pareja son portadores de la infección por el VIH, las dudas se limitan a dos aspectos: *a)* el riesgo de transmisión perinatal del VIH, y *b)* la posibilidad de superinfección a partir de relaciones heterosexuales. Del primer aspecto hay información suficiente como para garantizar que el riesgo de infección por el VIH en los niños nacidos de madres VIH+ es inferior al 2-3% si se administra correctamente la medicación antirretroviral durante la gestación y, sobre todo, en el parto[4,5]. Tanto zidovudina[5,6] como otros antirretrovirales[7-9] son eficaces con este propósito. La reducción en la carga viral en la madre gestante seropositiva es el mejor parámetro que asegura el beneficio preventivo buscado[9].

Si un miembro de la pareja es seropositivo y el otro no está infectado por el VIH, las dudas pueden tener, además, una connotación ética. La práctica de relaciones sexuales sin preservativo, con el fin de buscar la concepción, puede exponer al riesgo de contagio a la pareja VIH negativa. Sin embargo, un estudio reciente que ha incluido a 415 parejas discordantes, ha concluido que una carga viral baja (< 1.500 copias/ml) o indetectable puede reducir este riesgo considerablemente o hacerlo casi nulo[10]. Además, si la mujer es VIH negativa y es el varón el que está infectado, no existe riesgo de transmisión del VIH al niño.

En nuestra unidad de asistencia a personas infectadas por el VIH, hemos recogido en los últimos 2 años un total de 56 parejas con al menos un miembro VIH+ que han tenido descendencia. La infección por el VIH estaba presente en ambos progenitores en 12 casos. Las 44 parejas restantes eran discordantes para la infección por el VIH: en 16 la mujer era VIH+ y en 28 lo era el varón. Tanto en estas parejas como en las que ambos miembros eran seropositivos, se descartó inicialmente la posibilidad de infertilidad y se aconsejó que las relaciones sexuales se restringieran al período fértil de la mujer (5 días a mitad del intervalo entre menstruaciones) y que se evitaran los traumatismos durante el coito. Recibieron terapia antirretroviral todos los sujetos VIH+ con carga viral superior a 5.000 copias de VIH-ARN por ml y todos tenían más de $0,2 \times 10^6$ linfocitos CD4+ por ml. No ocurrió ninguna seroconversión para el VIH en las parejas VIH negativas. Por otro lado, ninguno de los niños nacidos de madres VIH+ resultó infectado.

En conclusión, estos resultados permiten aceptar como una alternativa válida a la fecundación *in vitro* las relaciones sexuales en parejas discordantes para el VIH que desean tener descendencia. Una reducción de la carga viral mediante el uso de antirretrovirales en el miembro VIH+ parece ser el máximo responsable de este beneficio.

Juan González, Eulalia García y Carmen Rodríguez

Asociación Investigación y Educación en Sida. Madrid.

1. Alonso M, Gómez JL, Santolaria F, Rodríguez F, Essardas H, Rodríguez E et al. Eficacia del tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por el VIH. Estudio de 807 pacientes. Med Clin (Barc) 2000; 115: 481-486.
2. Martín JC, Fernández P, Soriano V, Martínez P, González-Lahoz J. Carga viral y valores de linfocitos CD4+ en la era de la terapia antirretroviral altamente potente. Med Clin (Barc) 2000; 115: 118.
3. Barrio G, Bravo MJ, De la Fuente L. Consumo de drogas ilegales en España: hacia una diversificación de los patrones de consumo y los problemas asociados. Enf Emerg 2000; 2: 88-102.
4. Peña JM. Transmisión vertical del VIH-1: ¿cuánto más podemos reducirla? Med Clin (Barc) 2000; 114: 297-298.
5. Musoke P, Miro F. Prevention of HIV mother-to-child transmission: a review AIDS Reviews 2000; 2: 263-270.
6. Ramos JT, Ruiz J, Bastero R, Barrio C, Moreno P, Delgado R et al. Estimación de la prevalencia de infección por VIH-1 en la embarazada y efectividad de la zidovudina administrada durante la gestación en la prevención de la transmisión vertical. Med Clin (Barc) 2000; 114: 286-291.
7. Guay L, for the HIV NET 012. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala. Uganda. Lancet 1999; 354: 795-802.
8. Gray G, McIntyre J, Jikov B. Preliminary efficacy, safety, tolerability and pharmacokinetics of short-course regimens of nucleoside analogues for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. XIII Int Conf AIDS, Durban 2000 [resumen TuOrB355].
9. Blattner W, Cooper E, Chorurat M. Effectiveness of potent antiretroviral therapies on reducing perinatal transmission of HIV-1. XIII Int Conf AIDS, Durban 2000 [resumen LbOr4].
10. Quinn T, Wawer M, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F et al. Viral load and heterosexual transmission of HIV type 1. N Engl J Med 2000; 342: 921-929.

La fractura de fémur en el anciano: utilidad del índice de Tinetti como indicador en la rehabilitación física

Sr. Editor: El entorno sanitario y social exige hoy día demostrar la calidad y efectividad de nuestras actuaciones, lo que obliga a medir y hallar indicadores de nuestros resultados[1], y no existe clara evidencia sobre la necesidad del ingreso para la rehabilitación en los ancianos con fractura de fémur[2]. El índice de Tinetti[3] está validado y es fácil de aplicar en geriatría para medir trastornos de la marcha y el equilibrio de forma genérica, y tiene buena reproductividad entre diferentes observadores[4]. Bertozzi et al[5] han observado su relación con la estancia media en una unidad de rehabilitación, por lo que creímos que podría ser un buen indicador de los resultados de la rehabilitación de la fractura de fémur en el anciano. En este sentido, comunicamos hace unos meses nuestros resultados preliminares[6].

El objetivo de esta carta es comunicar nuestra experiencia en la utilidad del índice de Tinetti (equilibrio y marcha) como indicador de calidad y efectividad en una unidad de rehabilitación para la fractura de fémur del anciano.

Hemos evaluado de forma prospectiva a todos los pacientes con el diagnóstico de fractura de fémur, y dados de alta a su domicilio, de la unidad de rehabilitación del Hospital de Sabadell, desde octubre de 1998 a julio de 2000. Se han medido al ingreso y al alta los índices de Barthel y Tinetti equilibrio y marcha, así como las circunstancias familiares y de domicilio. Todos recibieron reducción quirúrgica y osteosíntesis. La técnica principal de fisioterapia se ha basado en la reeducación de la marcha y del equilibrio.

Se han dado de alta un total de 153 pacientes, 126 mujeres (82,3%) y 27 varones (17,6%), con una edad media (DE) de 81,84 (7) años, con diagnóstico de fractura de cuello de fémur en 48 (31,3%) y fractura de la region trocantérea en los 105 pacientes restantes (68,6%). La estancia media (DE) en el hospital de agudos ha sido de 11,7 (15,0) días y en nuestra unidad de rehabilitación de 33 (11,8) días. El promedio (DE) de sesiones de fisioterapia por paciente fue de 23 (13,6). Se ha dado de alta a una residencia geriátrica a 12 pacientes (7,8%), de los que la mitad ya vivía en ella. El resto (141; 92,2%) se han reincorporado a su domicilio o al de sus familiares. Al ingreso vivian sólos 29 y al alta los siguen haciendo 18 pacientes (62%); cuatro han ido a una residencia y siete han ido a vivir con sus familiares.

Aunque la presencia de un diagnóstico médico previo de demencia excluye el ingreso en la unidad, sólo el 38% tenía un Minimental superior a 25; el Minimental promedio fue de 22,75.

El promedio (DE) del índice de Barthel al ingreso fue de 49,53 (16,72) y de 67,8 (26,45) al alta (mejoría del 37%); índice de Tinetti equilibrio de 5,1 (3,00)/12 al ingreso y de 9,8 (4,15)/16 al alta (mejoría del 92%), Tinetti marcha 4,0 (3,20)/12 al ingreso y 9,4 (3,44) /16 al alta (mejoría 132%).

En nuestra experiencia, la unidad es efectiva en la reinsercion al entorno previo y consigue que más del 60% de los ancianos que vivian solos sigan haciéndolo. El índice de Tinetti a la marcha es el que refleja mayor mejoria funcional. Aconsejamos introducir el índice de Tinetti como indicador de la calidad y efectividad de la rehabilitación de la fractura de fémur en el anciano.

Maite Vilarmau, Antoni Nogueras, Jordi Huguet y Xavier Bell

Hospital de Sabadell.
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

1. Petrella RJ, Payne M, Myers A, Overend T, Chesworth B. Physical fuction and fear of falling after hip fracture rehabilitation in the elderly. Am J Phys Med Rehabil 2000; 79: 154-160.
2. Cameron ID, Finnegan TP, Madhok R, Langhorne P, Handoll HH, Co-ordinated multidissciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures. Cochrane Database Syst Rev 2000; 2 CD 000106.
3. May E, Tinetti MD, Performance-oriented assessment of morbility problems in elderly pacients. JAGS 1986; 34: 119-126.
4 Cipriany-Dacko LM, Innerst D, Johannsen J, Rude V. Interrater reliability of the Tinetti Balance Scores in novice and experienced physical therapy clinicians. Arch Phys Med Rehabil 1997; 78: 1160-1164.
5. Bertozzi B, Barbisoni P, Franzoni S, Rozzini R, Frisoni GB, Trabucchi M. Factors related to length of stay in a geriatric evaluation and rehabilitation unit. Agin (Milano) 1996; 8: 170-175.
6. Vilarmau M, Nogueras A, Bell X. La fractura de fémur del anciano: utilidad del indice de Tinetti como indicador en la rehabilitación fisica. 23° Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Barcelona, junio de 2000. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35 (Supl 1): 93-129.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 21/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

CARTAS AL EDITOR

La intervención geriátrica puede mejorar el curso clínico de los ancianos frágiles con fractura de cadera

Sr. Editor: Hemos leído con interés el artículo recientemente publicado en su revista por González-Montalvo et al, en el que muestran cómo la intervención geriátrica programada mejora el curso clínico y la eficacia del ingreso en ancianos ingresados con fractura de cadera[1]. Como parte del esquema de trabajo diario, nuestra sección atiende las interconsultas realizadas por el servicio de traumatología al de medicina interna general. Hemos analizado las características clínicas y la evolución del subgrupo de pacientes con fractura de cadera. Pensamos que su estudio complementa el de González-Montalvo et al, respecto a la importancia y complejidad que conlleva la atención médica de estos enfermos.

Se realizó un estudio prospectivo de la totalidad de las consultas realizadas por el servicio de traumatología al de medicina interna general en los pacientes ingresados por fractura de cadera desde el 1 de mayo de 1998 hasta el 31 de diciembre de 1999. Todos ellos fueron visitados diariamente hasta su curación, fallecimiento o estabilización clínica del problema médico que había motivado la consulta («alta médica»). Un protocolo previamente establecido recogió las principales variables clínicas y evolutivas, y el estado del paciente al alta hospitalaria cuando ésta fue posterior al «alta médica». Como referencia para el análisis estadístico se utilizó la totalidad de pacientes ingresados con fractura de cadera en el mismo período.

En el período señalado ingresaron 354 pacientes con fractura de cadera, y se realizó interconsulta al servicio de medicina interna a 100 (28,2%). El 46% eran varones, y la edad media (DE) global era de 81,4 (11,6) años. El 80% de las interconsultas fueron realizadas por complicaciones médicas pre o postoperatorias, y el resto para control perioperatorio de diabetes mellitus o para valoración de riesgo quirúrgico por pluripatología de base. Los diagnósticos médicos realizados con más frecuencia fueron: insuficiencia cardíaca (30%), neumonía o infección respiratoria (26%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) descompensada (19%), diabetes mellitus (16%), fibrilación auricular rápida o flúter (14%), alteraciones electrolíticas (12%), sepsis (5,4%) y otros (38%). El 24% recibió una sola visita y el 13%, 10 o más visitas, siendo la media (DE) de 4,65 (4,02) visitas por paciente. La estancia media (DE) hospitalaria en el grupo de estudio fue 31 (31,5) días, comparado con la estancia media global por fractura de cadera en el mismo período de 23,1 días. El 16% de los pacientes había fallecido en el momento del «alta médica», porcentaje que se elevó hasta el 24% al final del ingreso hospitalario. Ambas cifras resultaron claramente superiores a la mortalidad global de las fracturas de cadera en el servicio de traumatología durante ese período, que fue del 8,97%. Los factores asociados a una mayor mortalidad fueron: edad mayor de 90 años ($p = 0,04$) y el mayor número de diagnósticos médicos realizados ($p = 0,05$). La demora en la realización de la interconsulta desde el momento de ingreso no influyó en el pronóstico.

La fractura osteoporótica del tercio proximal del fémur en nuestro medio es causa de una importante mortalidad tanto hospitalaria (6-7,6%), como a un año (30%), además de producir una disminución de la capacidad funcional de los pacientes[2,3]. Por ello, y teniendo en cuenta que se trata de pacientes habitualmente ancianos, con una elevada prevalencia de enfermedades crónicas subyacentes que se descompensan con facilidad, se hace imprescindible la intervención coordinada de las diferentes especialidades en el abordaje de estos pacientes.

Sin duda, las intervenciones programadas, como la comunicada por González-Montalvo et al, mejoran la evolución de estos pacientes. Sin embargo, se plantea un problema diferente aunque complementario al anterior, al analizar las complicaciones evolutivas que presentan dichos pacientes tras el ingreso. Éste fue el motivo de consulta en la mayoria de nuestros casos. Se trataba por tanto de pacientes seleccionados, con complicaciones médicas agudas, lo que justifica una peor evolución. En cualquier caso, nuestros resultados complementan a los de González-Montalvo et al y los de otros autores, que han remarcado la utilidad de la actuación programada de los internistas en los servicios de cirugía general[4,5], enfatizando la necesidad de la implicación de los clínicos en la atención médica de pacientes quirúrgicos.

Esta colaboración implica una carga de trabajo importante que hemos calculado en nuestro hospital en aproximadamente media jornada diaria de un internista. Teniendo en cuenta la importancia de una adecuada y estrecha relación con el personal de enfermería y cirujanos responsables[6], en nuestra opinión sería aconsejable que esta atención fuera programada y llevada a cabo por personal específicamente dedicado a ello. Quizás esto llegaría a suponer, en un futuro más o menos próximo, la presencia continuada de internistas en áreas de hospitalización quirúrgicas.

Rafael Monte Secades, Ramón Rabuñal Rey, María Teresa Rigueiro Veloso y Emilio Casariego Vales

Servicio de Medicina Interna.
Complexo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo

1 Gonzalez-Montalvo JI, Alarcón T, Sáez P, Bárcena A, Gotor P, Del Río M. La intervención geriátrica puede mejorar el curso clínico de los ancianos frágiles con fractura de cadera. Med Clin (Barc) 2001; 116: 1-5.
2 Sosa Henríquez M, Segarra Sánchez MC, Limiñana Cañal JM, Hernández Hernández D, González Pacheco A, Betancor León P. Morbilidad y mortalidad de la fractura osteoporótica de la extremidad proximal del fémur tras un año de seguimiento. Med Clin (Barc) 1993; 101: 481-483.
3 Pagés E, Cuxart A, Iborra J, Olona M, Bermejo B. Fracturas de cadera en el anciano determinantes de mortalidad y capacidad de marcha. Med Clin (Barc) 1998; 110: 687-691.
4 Macpherson DS, Parenti C, Nee J, Petzel RA, Ward H. An internist joins the surgery service: does comanagement make a difference? J Gen Intern Med 1994; 9: 440-444.
5 Mollema R, Berger P, Girbes AR. The value of perioperative consultation on a general surgical ward by the internist. Neth J Med 2000; 56: 7-11.
6 Klein LE, Levine DM, Moore RD, Kirby SM. The preoperative consultation. Response to internists' recommendations. Arch Intern Med 1983; 143: 743-744.

Sr. Editor: Agradecemos el interés que Monte Secades et al muestran por nuestro artículo sobre la interconsulta geriátrica en ancianos frágiles con fractura de cadera.

Monte Secades et al, por su parte, aportan su experiencia como internistas consultores en el servicio de traumatología y presentan datos de los pacientes que les son consultados. Las apreciables diferencias entre sus datos y los nuestros en lo referente a estancias y mortalidad son un exponente más de la variabilidad existente entre diferentes hospitales para este proceso, hecho que mencionábamos en nuestra introducción.

En nuestro trabajo pretendíamos estudiar las características diferenciales de los pacientes con fractura de cadera que se consultan a geriatría, que resultaron ser ancianos con una gran fragilidad clínica, funcional, mental y social, así como los efectos de la consulta en esos pacientes, que fueron positivos. No compartimos la idea de que el tratamiento de las complicaciones que presentan estos pacientes sea un problema diferente, como comentan Monte Secades et al, o que no fuera contemplado en la actividad realizada por nosotros. Por el contrario, entre los objetivos de la intervención geriátrica en el servicio de traumatología se especificaron «la detección y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas y de las complicaciones intrahospitalarias que presente el enfermo...». De hecho, en nuestra serie la media de complicaciones médicas detectadas y tratadas por geriatría durante la hospitalización fue de casi 4 por paciente.

Creemos que demorar la interconsulta a los servicios consultores médicos hasta el momento en que estos pacientes presenten complicaciones no es la práctica más adecuada. Coincidimos con Monte Secades et al en que esta atención debe ser programada. Pero, además, estos servicios consultores no deben limitarse únicamente a la valoración y tratamiento de los problemas clínicos. La extraordinaria fragilidad de estos pacientes en todas las esferas les convierte en candidatos a un abordaje basado en la valoración y tratamiento precoces e integrales de su situación, y debe incluir al menos las cuatro esferas mencionadas (clínica, funcional, mental y social), así como la planificación del alta. Si es posible, el sistema de trabajo debe ser en equipo interdisciplinario.

Una vez aceptada la conveniencia de la colaboración entre clínicos y traumatólogos puede surgir la cuestión de qué especialista debe realizar esa función. Ello dependerá de múltiples factores y entre ellos los de índole local (costumbre, disponibilidad, capacidad de coordinación, apertura a cambios, etc.) no son los menos importantes. En nuestra opinión, basada en la evidencia existente recientemente revisada[1], cuando se trate de ancianos ingresados por fractura de cadera, la intervención del equipo de geriatría, si está disponible, es la opción más adecuada, ya que ha demostrado que aporta beneficios tanto para el paciente (mejor situación funcional, menor mortalidad, reducción de complicaciones, menor prescripción farmacológica) como para el sistema sanitario (reducción o contención de la estancia media, reducción de otras interconsultas)[1].

Juan Ignacio González Montalvo y Teresa Alarcón Alarcón

Unidad de Valoración Geriátrica.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

1. Baztán JJ, González-Montalvo JI, Solano J, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Med Clin (Barc) 2000; 115: 704-717. 3

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 21/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Eutanasia pasiva

Sr. Editor: Tanto nuestra condición de profesionales sanitarios que trabajan en el área de cuidados intensivos como nuestro interés por la bioética nos proporcionan una perspectiva muy cercana al tema de la eutanasia, cuestión que fue planteada en el artículo de Sanz Ortiz[1], publicado recientemente en su Revista. En primer lugar, queremos decir que estamos de acuerdo con casi todo lo planteado en su excelente artículo, a excepción de lo referente a la ambigüedad del término eutanasia pasiva.
En nuestra opinión, creemos que se debe restringir el término *eutanasia* al acto directo, activo y voluntario, y abandonar la expresión eutanasia pasiva; es decir, denominar eutanasia a la petición voluntaria de una persona a otra persona, para que la segunda, mediante un acto directo y activo, acabe con la vida de la primera, en el supuesto de graves padecimientos de ésta. Y decimos esto no sólo por la muy distinta implicación moral de las dos clases de eutanasia (activa y pasiva), sino porque la existencia de esta doble denominación puede inducir a equívocos a los individuos de nuestra sociedad, incluyendo a los profesionales sanitarios. Si no se administra un tratamiento indicado, se llamará negligencia; si un paciente tiene un grado elevado de dolor (p. ej., el dolor oncológico) y muere en el intento de calmarlo, estaremos hablando del principio del doble efecto, y si se administra un tratamiento no indicado, entonces, el acto será etiquetado de fútil o, en última instancia, distanasia o encarnizamiento terapéutico. Creemos que, en sentido estricto, a todos los individuos que fallecen se les aplica la eutanasia pasiva, ya que la ciencia médica, con sus continuos avances tecnológicos, siempre puede administrar alguna medida terapéutica más como, por ejemplo, iniciar un tratamiento de hemodiálisis a un paciente en estadio terminal con insuficiencia renal y metástasis diseminadas. A este acto no se le puede denominar con un término que empiece por eutanasia.

José F. Solsona
y Alexandra Sucarrats

Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital del Mar. Barcelona.

1. San Ortiz J. Final de la vida: ¿puede ser confortable? Med Clin (Barc) 2001; 116: 186-190.

Sr. Editor: Agradezco a los componentes del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital del Mar de Barcelona que me den la oportunidad de profundizar en la denominación *eutanasia pasiva.*
Comparto íntegramente la afirmación de restringir el término *eutanasia* al acto directo, activo y voluntario que conduce a terminar con la vida de un enfermo que tiene un intenso sufrimiento no aliviado. Creo que en el ánimo de todos los profesionales sanitarios este concepto está compartido universalmente. Aquellos procedimientos, maniobras o medidas distintas encaminadas a mejorar el bienestar del paciente en situación terminal nunca deben enmarcarse en un concepto que incluya la palabra *eutanasia,* sino todo lo contrario; deben contemplarse como medidas de «buena práctica médica» (justicia) y de beneficencia.
Nuevamente deseo expresar mi gratitud a los compañeros que han dedicado parte de su tiempo a intercambiar ideas sobre un tema que involucra a todos los seres humanos.

Jaime Sanz Ortiz

Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.

Histoplasmosis pulmonar aguda difusa tras un viaje a Perú

Sr. Editor: *Histoplasma capsulatum* es un hongo dimórfico que se encuentra en suelos ácidos ricos en guano[1] e infecta a los murciélagos, y se elimina por sus excrementos. El hombre se infecta por inhalación de las esporas o micelios, generando un amplio espectro de afección, cuya intensidad se relaciona con la cantidad de inóculo y el estado inmune del paciente[2]. Describimos aquí un caso de histoplasmosis pulmonar aguda difusa (HPAD) grave en un varón joven sin inmunodepresión conocida.

Varón de 34 años de edad sin antecedentes patológicos de interés. Ingresó en nuestro centro por un cuadro de una semana de evolución de fiebre en picos, tos seca, mialgias y cefalea tras un viaje de mes y medio por la selva amazónica de Perú, país al que viajaba por primera vez. El paciente había permanecido en una cueva 18 días antes del ingreso, manipulando heces de murciélago en gran cantidad. Presentaba crepitantes en los dos tercios inferiores de ambos campos pulmonares, y el resto de la exploración era normal. En las analíticas iniciales destacaba: creatinina de 1,32 mg/dl; bilirrubina total de 1,27 mg/dl; lactato deshidrogenasa (LDH) de 436 U/ml; GOT de 98; GPT de 110; el resto de parámetros bioquímicos eran normales. El hemograma, el estudio de coagulación, el sistemático de orina y el electrocardiograma fueron normales. La radiografía de tórax ponía de manifiesto un patrón reticulonodular difuso de predominio en ambas bases. La gasometría arterial basal presentaba PaO_2 de 66 mmHg, con $PaCO_2$ de 29,7. Se pautó tratamiento con levofloxacino y doxiciclina. En el segundo día de ingreso el paciente persistía febril y empeoró su disnea con una gasometría arterial con FiO_2 al 0,5 de: pH, 7,48, pO_2, 85 y PCO_2, 30,6. La serología del VIH, fiebre Q, antígeno de *Legionella* en orina, BAAR en esputo, serología de *Rickettsia* (anti-OX 2, OX 19) eran negativas, y la extensión de sangre periférica normal. Se inició tratamiento con itraconazol a dosis de 200 mg/12 h por vía oral ante la elevada sospecha clínica de histoplasmosis pulmonar. El tercer día de ingreso se realizó biopsia transbronquial y lavado broncoalveolar. En ambas muestras se realizaron tinciones de plata en busca de *Histoplasma capsulatum*, tinción de Zhiel-Nielsen, Gram y procesamiento para cultivo de bacterias, hongos, micobacterias y virus, todos ellos negativos; sólo se observó la presencia de un infiltrado de macrófagos y linfocitos. Las alteraciones analíticas se habían normalizado y los crepitantes se extendían por la totalidad de ambos campos pulmonares. A partir del quinto día de tratamiento con itraconazol se observó mejoría gasométrica, y el paciente quedó apirético. La serología para *Histoplasma capsulatum* fue negativa. En el décimo día de ingreso se realizó test intradérmico de histoplasmina, marcadamente positivo. El paciente evolucionó hacia la mejoría clínica y radiológica.

Son pocos los casos descritos en España de histoplasmosis[3,4]. La infección por *Histoplasma capsulatum* suele ser asintomática[2]. De las formas sintomáticas un 80% desarrolla un síndrome seudogripal autolimitado, con infiltrados pulmonares en más de la mitad de los casos, apareciendo la clínica alrededor de las 2 o 3 semanas tras la exposición[5]. Cuando el inóculo es grande, la mayoría de los expuestos desarrollan enfermedad sintomática[6]. Los individuos con inmunidad celular conservada presentan un cuadro autolimitado que puede llegar a ser grave y poner en peligro la vida. En zonas no endémicas, el diagnóstico exige una alta sospecha clínica. El antecedente de la visita a áreas endémicas o la permanencia en cuevas y la presencia de un síndrome seudogripal o de una neumonía con patrón radiológico reticulonodular nos obligan a descartar una posible histoplasmosis y, en los casos graves, iniciar tratamiento empírico en espera de resultados que lo confirmen. Los cultivos en muestras biológicas de inmunocompetentes son positivos en alrededor de un 10% de casos[7,8]. La serología es positiva tan sólo en el 5% de la población de área endémica cuando se realiza por fijación de complemento, y se positiviza en el 90% de los casos de histoplasmosis pulmonar aguda, por lo que es un método diagnóstico útil, aunque lo hace al cabo de 6 semanas de la exposición. Las tinciones de muestras biológicas son positivas en el 50% de los casos de histoplasmosis grave. En lo que se refiere al test intradérmico de la histoplasmina, es un método fundamental en nuestro medio, siempre que el paciente no haya estado expuesto previamente y se presente un cuadro clínico compatible[9]. En cuanto se refiere al tratamiento, las recientes guías de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos[10] sólo recomiendan éste en el caso en que se produzca hipoxemia o en los casos de clínica leve-moderada pero de más de un mes de duración, siendo de primera elección el itraconazol a dosis de 200 mg/12 h. El uso de corticoides es objeto de debate. No existe, en la actualidad, evidencia alguna de su beneficio.

Julián Olalla, José Ramón Costa, Enrique Riopérez y Blanca Yubero

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

1. Valdez H, Salata RA. Bat-associated histoplasmosis in returning travelers: case presentation and description of a cluster. J Travel Med 1999; 6: 258-260.
2. Goldman M, Johnson PC, Sarosi GA. Fungal pneumonias. Clin Chest Med 1999; 20: 507-519.
3. Gascón J, Torres JM, Luburich P, Ayuso JR, Xaubet A, Corachán M. Imported histoplasmosis in Spain. J Travel Med 2000, 7: 89-91.
4. Benito N, García-Vázquez E, Blanco A, De Górgolas M, Gadea I, Escalonilla P et al. Histoplasmosis diseminada en pacientes con sida. Estudio de dos casos y revisión de la bibliografía española. Enferm Infecc Microbiol Clin 1998; 16: 316-321.
5. Wheat J. Histoplasmosis. Experience during outbreaks in Indianapolis and review of the literature. Medicine 1997; 76: 339-354.
6. Gustafson TL, Kaufman L, Weeks R, Ajello L, Hutcheson RH Jr, Wiener SL et al. Outbreak of acute pulmonary histoplasmosis in members of a wagon train. Am J Med 1981; 71: 759-765.
7. Wheat LJ, French MLV, Kohler RB, Zimmerman SE, Smith WR, Norton JA et al. The diagnostic laboratory tests for histoplasmosis: analysis of experience in a large urban outbreak. Ann Intern Med 1982; 97: 680-685.
8. Williams B, Fojtasek M, Connolly-Stringfield P, Wheat J. Diagnosis of histoplasmosis by antigen detection during an outbreak in Indianapolis. Arch Pathol Lab Med 1994; 118: 1205-1208.
9. Torres-Rodríguez JM, Ribas-Forcadell E, Gascón J, Espasa M. Valor diagnóstico de la intradermorreacción con histoplasmina en zonas no endémicas de histoplasmosis. Med Clin (Barc) 1999; 113: 45-46.
10. Wheat J, Sarosi G, McKinsey D,Hamill R, Bradsher R, Johnson P et al. Practice guidelines for the management of patients with histoplasmosis. Clin Infect Dis 2000; 30: 688-695.