

Continuamos acercándoles a los lectores un breve comentario de varios artículos de publicación reciente para su lectura de acuerdo al interés individual.

Riesgo de anafilaxia luego de la vacunación de niños y adolescentes

(Pediatrics 2003;112:815-820). La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad potencialmente fatal caracterizada por síntomas cutáneos, respiratorios, cardiovasculares y/o gastrointestinales. Se han reportado casos de anafilaxia post-vacunación. Se realizó este estudio con el objetivo de cuantificar este riesgo en niños y adolescentes de 0 a 17 años en 4 centros de Estados Unidos. Se incluyeron 2.226.907 pacientes y se aplicaron 7.644.049 de vacunas a lo largo de 7 años. La búsqueda de anafilaxia se centró durante los dos días posteriores a la vacunación. Se documentaron 5 casos, y se estimó que el riesgo es de 0,65 por millón de dosis (IC 95%; 0,21 a 1,53). No se registraron muertes. Las vacunas asociadas a anafilaxia fueron: MMR, hepatitis B, difteria-tétanos pediátrica (DT), difteria-tétanos y pertussis celular (DTP), Haemophilus influenzae tipo b (Hib), DTP-Hib y Sabin. La mayoría de las veces fueron administradas en forma combinada. En un solo caso se registró anafilaxia luego de la aplicación de MMR como única vacuna. Este estudio muestra que el riesgo de anafilaxia post-vacunación es muy bajo.

Predictores para el desarrollo de microalbuminuria y macroalbuminuria en pacientes con diabetes tipo 1: estudio de cohorte

(BMJ 2004;328:1105). La microalbuminuria persistente (excreción de albúmina entre 30-300 mg/24 hs) es un conocido factor de riesgo para el desarrollo de nefropatía diabética, y es habitualmente empleado en el seguimiento como marcador temprano de nefropatía. Se desarrolló un estudio prospectivo, observacional, de cohorte, con un seguimiento medio de 18 años (1-21,5 años). Se incluyeron 277 pacientes con diagnóstico reciente de diabetes tipo 1 para buscar predictores para el desarrollo de microalbuminuria y macroalbuminuria. Un total de 79 pacientes desarrollaron microalbuminuria persistente (incidencia acumulada 33,6%; IC 95% 27,2%-40%). De ellos 27 progresaron a macroalbuminuria persistente (14,6%; IC 95% 8,9%-20,3%). Se identificaron los siguientes predictores de microalbuminuria persistente: incremento en 10 veces la excreción de albúmina urinaria (riesgo relativo 3,78; IC 95% 1,57-9,13; p=0,003), sexo masculino (RR 2,41; IC95% 1,43-4,06; p=0,001), aumento de 10 mmHg de la presión arterial media (RR 1,38; IC95% 1,20-1,57; p<0,001), aumento de 1% HbA1C (RR 1,18; IC95% 1,04-1,32; p<0,01) y crecimiento de 1 cm de altura (RR 0,96; IC95% 0,95-0,98; p<0,001). Por otro lado se observó que 28 pacientes (33,4%) retornaron a valores normales de albuminuria en forma transitoria o permanente. En conclusión, cerca de un tercio de los diabéticos tipo 1 desarrollarán microalbuminuria persistente dentro de sus primeros 20 años de enfermedad. El conocimiento de estos factores de riesgo ofrece la posibilidad de identificar a aquellos pacientes especialmente predispuestos.

Lipoproteína a, enfermedad vascular y mortalidad en pacientes ancianos

(NEJM 2003;349:2108-2115). Algunos estudios han sugerido que en ancianos, los factores de riesgo vasculares tradicionales no

predicen adecuadamente el riesgo de eventos. La Lp(a) es una lipoproteína que cumpliría un rol vital en la aterogénesis, no existiendo estudios que la relacionen con riesgo vascular en este grupo etario. La hipótesis de este trabajo plantea que la Lp(a) elevada se asociaría a un aumento del riesgo cardiovascular en ancianos. Se incluyeron 5888 pacientes mayores a 65 años sin enfermedad cardiovascular y se midió Lp(a) al ingreso al estudio. Se los siguió por 7,4 años. Se distribuyeron los valores de Lp(a) en quintiles y se observó que las mujeres tenían valores más elevados de Lp(a) que los varones (4,4 vs. 3,9 mg/dL) y que una mayor proporción de mujeres se encontraba en el quintilo mayor (21% vs. 17%). Sin embargo, la incidencia de eventos fue similar en todos los grupos de mujeres. En el caso de los varones se constató un aumento de la incidencia de ACV a mayor valor de Lp(a). En aquellos varones en el quinto quintilo, se triplicó el riesgo de ACV (RR 3,00; IC95% 1,59-5,65; p=0,002). Asimismo aumentó la mortalidad por causa vascular (RR 2,54; IC95% 1,59-4,08; p=0,01) y de cualquier causa (RR 1,76; IC95% 1,31-2,36; p=0,002). Este estudio concluye que la Lp(a) elevada constituye un predictor independiente de ACV, muerte por enfermedad vascular y muerte por cualquier causa en pacientes ancianos del sexo masculino.

Disminución del nivel de homocisteína en pacientes con ACV isquémico para prevenir ACV recurrente, infarto de miocardio y muerte. Estudio aleatorizado y controlado. Intervención con vitaminas para la prevención de ACV (VISP)

(JAMA 2004; 291:565-575) Estudios previos han demostrado que los niveles elevados de homocisteína están asociados a enfermedad vascular periférica, enfermedad cardiovascular prematura y a aterosclerosis. Algunos trabajos han señalado a la homocisteína como un factor de riesgo para ACV isquémico. El propósito de este estudio fue evaluar si la disminución de la homocisteína plasmática con la administración de multivitamínicos a alta dosis (25 mg piridoxina, 0,4 mg de cobalamina y 2,5 mg de folato) y baja dosis (200 mg de piridoxina, 6 mg de coalamina y 20 mg de folato), reduce la incidencia de recurrencia de ACV isquémico, eventos coronarios y muerte en pacientes con ACV previo no inhabilitante. Se incluyeron 3680 pacientes con un seguimiento promedio de 20 meses. El riesgo de recurrencia de ACV isquémico dentro de los 2 años fue de 9,2% para el grupo alta dosis y 8,8% para el grupo de baja dosis con un RR de 1,0 (IC95% 0,8-1,3; p=NS). El análisis de los objetivos combinados (ACV isquémico, enfermedad coronaria y muerte) fue 17,2% en el grupo baja dosis y 16,7% en el grupo alta dosis con un RR de 1,0 (IC95% 0,8-1,1; p=NS). En cambio sí se observó una asociación entre el nivel inicial de homocisteína y la incidencia de eventos. Una reducción de la homocisteína en 3 mmol/L fue asociado a una disminución del número de ACV de un 10% (p=0,05), un 26% menos de eventos cardiovasculares (p<0,001) y una disminución del 16% de la mortalidad (p=0,001) en el grupo baja dosis. En el grupo alta dosis también se observó una reducción pero no fue significativa. Este estudio demuestra que la reducción moderada de los niveles de homocisteína no se asocia a la disminución de eventos vasculares luego de un ACV isquémico. Más estudios deberían continuar explorando esta hipótesis, dada la evidencia existente de la asociación entre homocisteína y enfermedad vascular.

Dra. María Alejandra Lombraña [Residente Medicina Interna, Instituto Universitario CEMIC]

Dr. Alejandro Abbate [Profesor Asistente y Coordinador de la Carrera de Especialización y Residencia de Medicina Interna - Instituto Universitario CEMIC]