

Continuamos acercándoles a los lectores a través de esta sección, un breve comentario de varios artículos de publicación reciente para motivar la profundización de la información de acuerdo al interés individual.

Efectos de la intervención en dejar de fumar preoperatoria en las complicaciones postoperatorias: un ensayo clínico aleatorizado

(*Lancet* 2002;359:114-17). Este estudio se desarrolló en tres hospitales de Dinamarca e incluyó a 120 pacientes fumadores con cirugías programadas de cadera o rodilla de los 166 elegibles. Fueron aleatorizados 6-8 semanas previas a la cirugía al grupo control (n=60) o intervención (n=60). Este último grupo de pacientes recibió consejos semanales para dejar de fumar y se les propuso técnicas para lograr abandonar el hábito o al menos lograr una reducción del 50%. La tasa general de complicaciones fue del 18% en el grupo intervención y de 52% en los controles (p=0.0003). El efecto más significativo de la intervención se observó en las complicaciones relacionadas a las heridas (5% vs 31%, p=0.0001). También se observaron menos complicaciones cardiovasculares (0% vs 10%, p=0.08) y segundas cirugías (4% vs 15%, p=0.07). El tiempo medio de internación fue de 11 días (7-55) en el grupo intervención y de 13 días (8-65) en el grupo control. Los resultados de este trabajo muestran que las complicaciones postoperatorias pueden ser sustancialmente reducidas por esta simple intervención iniciada 6-8 semanas antes de la cirugía de cadera y rodilla, recomendado así el cese de tabaco al menos 6 semanas antes de la operación.

Riesgo de Linfoma No Hodgkin (LNH) en pacientes con enfermedad celíaca (EC)

(*JAMA* 2002;287:1413-1419). Con el objetivo de estimar más precisamente la asociación ya conocida de EC y LNH, se llevó a cabo en Italia este estudio multicéntrico caso-control durante 4 años. Se incluyeron como casos a 653 pacientes mayores a 20 años al momento del diagnóstico de LNH independientemente del sitio primario y del tipo histológico. Este trabajo puede tener un sesgo de selección ya que la tasa de inclusión fue solamente del 47%. Se tomaron como controles a los adultos sanos de la población general (2739 varones y 2981 mujeres). Para comparar la prevalencia de EC en ambos grupos se utilizó como test de rastreo a los anticuerpos antiendomiso, detectando 6 casos de EC en los pacientes con LNH (0.92%) y 26 adultos con EC en el grupo control (0.42%). El Odds Ratio fue de 3.1 (IC 95%, 1.3-7.6) para el LNH asociado con EC, 16.9 (IC 95%, 7.4-38.7) para la asociación con linfoma intestinal, y 19.2 (IC 95%, 7.9-46.6) para la asociación con linfoma a células T. De esta forma se precisa la asociación del LNH, especialmente a células T y de localización primaria intestinal en los pacientes con EC. Este estudio confirma además el mayor riesgo de estos pacientes en la aparición de un LNH de cualquier sitio primario.

Identificando casos de HIV no diagnosticados

(*Arch Intern Med.* 2002;162:887-892). A pesar de las recomendaciones actuales para el consejo y testeo de los pacientes internados en hospitales de áreas con al menos 1% de prevalencia de infección por HIV, se calcula que en USA 300.000 personas desconocen su infección. En un hospital de la ciudad de Boston se implementó un programa que ofrecía consejo y testeo voluntario a todos los pacientes internados. Compararon los resultados con un período histórico de control de 15 meses en donde solo eran testeados aquellos pacientes internados de riesgo. El programa llevó a un incremento de 3.4 veces en el testeo (IC 95%, 2.8-4.1), con un aumento mensual de test positivos de 1.3 (control) a 2.3. Se estimó también la prevalencia de infección por HIV en aquellos pacientes de bajo riesgo que no se hubieran testeado sin este programa y fue de 3.8% (IC 95%, 1.8-5.8). Como conclusión se demuestra que el consejo rutinario y testeo voluntario para HIV en pacientes internados puede ser un exitoso programa de rastreo.

Erradicación del *Helicobacter pylori* (HP) y riesgo de úlcera péptica en pacientes que comienzan tratamientos prolongados con antiinflamatorios no esteroides (AINES): un estudio aleatorizado

(*Lancet* 2002;359:9-13). Las estrategias actuales para prevenir las úlceras pépticas en pacientes bajo tratamiento crónico con AINES, consisten en el uso concomitante de antiulcerosos o en la elección de un AINE selectivo para la ciclooxigenasa 2. Con el objetivo de demostrar la utilidad de otra estrategia basada en la reducción en el riesgo de úlceras tras la eliminación de la infección por HP, se desarrolló durante 6 meses este trabajo doble ciego, aleatorizado, controlado. Estudios previos sugieren la poca efectividad de esta conducta en adultos bajo tratamiento previo con AINES. Por ello fueron solo incluidos aquellos pacientes al momento de comenzar con tratamientos prolongados con AINES pero sin consumo en las últimas 8 semanas, con un test del aire espirado positivo para HP y con antecedentes de dispepsia moderada o úlcera endoscópica. Fueron aleatorizados 100 pacientes, 51 al grupo de erradicación (omeprazol-amoxicilina-claritromicina) y 49 al grupo placebo (omeprazol con antibióticos placebo) por 1 semana. Todos los pacientes recibieron durante 6 meses 100 mg de diclofenac de lenta liberación. El HP fue eliminado en el 90% del grupo erradicación y en el 6% del grupo placebo. La probabilidad de úlceras a los 6 meses (objetivo primario) fue de 12.1% (IC 95%, 3.1-21.1) en el grupo erradicación, mientras que para el grupo placebo fue de 34.4% (IC 95%, 21.1-47.7) (p=0.0085). Esta diferencia se mantuvo también para las úlceras complicadas. Estos hallazgos favorecen al testeo y erradicación del HP, en todo paciente con riesgo de úlceras al momento de iniciar un tratamiento prolongado con AINES.

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

