

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

Cáncer luego de la preeclampsia (PE): Seguimiento del estudio de cohorte perinatal de Jerusalem

(BMJ 2004;328:919). La PE es una complicación del embarazo asociada a un aumento de mortalidad materna a largo plazo, principalmente de causa cardiovascular. Los factores de riesgo para el desarrollo de PE incluyen nuliparidad, hipertensión arterial previa y obesidad. La asociación con cáncer ha sido inconsistente en otros estudios, algunos de los cuales mostraron reducción del riesgo de cáncer de mama. El propósito de este estudio fue investigar la incidencia de cáncer en una cohorte perinatal en Jerusalem para los nacimientos entre 1964 y 1976. Las pacientes ingresaron al estudio con el primer embarazo y se siguieron hasta el diagnóstico de cáncer, muerte o al llegar a junio de 1999 (mediana de seguimiento 29 años). Se incluyeron 37033 mujeres.

La incidencia de PE fue del 2,9%. En el grupo de PE se observó un aumento de la incidencia general de cáncer ajustado* por edad (RR 1,27; IC95% 1,03 - 1,57; p=0,02). Asimismo se constató aumento de cáncer en ciertas localizaciones: mama ajustado* por paridad (RR 1,38; IC95% 1,0 - 1,89; p=0,046), gástrico (RR 3,10; IC95% 1,23 - 7,84; p=0,02), del epitelio ovárico (RR 2,32; IC95% 1,01 - 5,34; p=0,047) y pulmonar o laríngeo (RR 2,81; IC95% 1,12 - 7,05; p=0,03). Este estudio, a diferencia de otros, demuestra que la PE es un factor de riesgo para cáncer general y especialmente en ciertas localizaciones.

Variaciones ambientales específicas y factores genéticos pueden contribuir al desarrollo de la PE y el cáncer en esta población en particular.

Efectividad de la vacuna para varicela a lo largo del tiempo

(JAMA 2004;291:851-855). La efectividad reportada de la vacuna de la varicela a virus vivo y atenuado es del 85% durante los primeros años. Este estudio caso-control desarrollado entre 1997 y 2003 en EE.UU, incluyó a pacientes de 13 meses a 16 años de edad sin contraindicaciones para recibir la vacuna. Se seleccionaron 339 casos con diagnóstico de varicela (clínica y PCR positiva) y por cada uno de ellos se seleccionaron 2 controles. La efectividad general de la vacuna fue del 87% (IC95% 81% - 91%; p<0,001). Un total de 122 casos se encontraban vacunados y un 87% de los mismos tuvo varicela leve comparado con solo 45% de los 217 casos no vacunados (P<0,001).

La efectividad general contra enfermedad moderada-severa fue del 98% (IC95% 93%-99%, p<0,001). La vacuna es más efectiva durante el primer año: 97%, cayendo al 86% al segundo año y al 81% entre los años 7 y 8 postvacunación.

Si la vacuna se administra antes de los 15 meses de vida la efectividad durante el primer año postvacunación fue menor.

Este estudio confirma la utilidad de la vacuna, que si bien disminuye su efectividad luego de un año de aplicada, confiere especial protección contra las formas severas de la enfermedad.

Concentración normal de transaminasas (TR) séricas y riesgo de mortalidad por enfermedades hepáticas: estudio prospectivo de cohorte

(BMJ 2004;328:983). Los valores normales de TR (límite superior promedio hasta 40 UI/L) son definidos sobre una población supuestamente sana. Aunque presentan baja especificidad, los valores de las TR son útiles en el rastreo de enfermedades hepáticas en áreas prevalentes. La cohorte de este estudio incluyó los participantes de una aseguradora de servicios de salud en Corea con 8 años de seguimiento: 115200 varones y 67932 mujeres de entre 35 y 59 años. En los varones se observó una asociación continua y positiva entre el nivel de ambas TR y la mortalidad por enfermedades hepáticas. En cambio no pudo establecerse esta relación en mujeres por el bajo número de muertes asociadas a enfermedad hepática. En varones, esta asociación se observó también con valores normales de TR, demostrando que un pequeño incremento en los valores, aun dentro del rango normal, también está asociado a un aumento de la mortalidad. Las explicaciones que justifican esta relación pueden ser la presencia de enfermedades hepáticas aun con valores de TR considerados normales (ejemplo hepatitis C) y la asociación de la actividad de las TR con obesidad, consumo de alcohol y las concentraciones de glucosa y colesterol. Si bien hay autores que han propuesto reducir el valor de corte de las TR a 30 UI/L para aumentar la sensibilidad de detección, esta estrategia incluiría erróneamente un gran número de personas asintomáticas sanas. Una solución práctica podría ser tomar como valor "borderline" de TR a aquellos incluidos entre 30-39 UI/L, especialmente en áreas con alta prevalencia de enfermedades hepáticas. Aquellos pacientes que repetidamente muestren valores en esta franja deberían ser investigados, aunque no existe aun una evaluación acerca de la costo-efectividad de esta conducta.

Beneficios aditivos de pravastatina y aspirina para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). Comparaciones aleatorizadas y observacionales de estudios de prevención secundaria y sus meta-análisis.

(Arch Intern Med 2004;164:40-44) El propósito de este estudio fue analizar los datos de estudios aleatorizados de prevención secundaria para ECV para confirmar la hipótesis de que ambas drogas, al actuar por diferentes mecanismos biológicos, tendrían un beneficio aditivo. Se incluyeron 73900 pacientes-años* de los 5 estudios en la siguiente proporción LIPID 68%, CARE 28%, REGRESS 2%, PLAC-I 1%, PLAC-II 1%. En todos ellos el uso de pravastatina (40mg/d) fue aleatorizada y el uso de aspirina fue observacional, con un seguimiento de por lo menos 2 años. En el meta-análisis de los 5 estudios la reducción de riesgo relativo (RRR) para infarto fatal o no-fatal fue 31% para pravastatina más aspirina vs. aspirina, y 26% para pravastatina más aspirina vs. pravastatina sola. Para ACV isquémico la RRR fue de 29% y 31% respectivamente. Todas las RRR fueron estadísticamente significativas. Como conclusión, este estudio promueve el uso combinado de aspirina y estatinas en prevención secundaria para disminuir la mortalidad por ECV, logrando un efecto superior al uso de cada fármaco por separado.

* ver glosario

Dr. Federico Di Gennaro [Especialista en 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]