

+ AVANCES

Revista de la Unidad de Investigación de la Clínica Somer



En esta edición encontrarás:

- Y **Tema general:** Aspirina para la prevención de preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino en el embarazo.
- Y **Tema especializado:** Utilidad diagnóstica de la troponina de alta sensibilidad (hsTn) en el Infarto agudo de miocardio sin elevación ST (IAM SEST)-Parte II.
- Y **Manejo práctico de enfermedades:** Algoritmo para el manejo de artritis reumatoide.
- Y **Caso clínico.**

EDITORIAL



Investigación: Aceptemos el reto

Rafael Meza Jiménez
Cirugía Cardiovascular
Pediátrica y congénita del adulto

La globalización de la economía y la informatización de las comunicaciones, han incrementado el flujo de información a todo nivel en los diferentes campos del desempeño profesional, incluyendo en el campo médico. La facilidad en el acceso a la información, ha obligado a la comunidad científica a incrementar su interés por la generación de nuevo conocimiento, buscando ser competitivos con conductas asertivas y basadas en la excelencia.

Es por esto que en los últimos años, la investigación se ha constituido como un pilar fundamental en el ejercicio médico; su función consiste en desarrollar nuevo conocimiento que permita comprender mejor el proceso de salud-enfermedad y desarrollar medidas terapéuticas eficaces. Además, ha permitido cuestionar el conocimiento “tradicional” y discutir los avances a la luz de la evidencia, esto apuntando a las exigencias actuales de calidad. Este nuevo conocimiento, constituye la piedra angular para la generación de políticas de salud con alcance poblacional, que permita impactar en resultados de morbilidad y mortalidad.

El médico entonces, se ve obligado a entrar en la era de la investigación, a ser líder en la producción de la información a partir de los cuestionamientos y dudas que surgen en la práctica diaria. No obstante, dichos cuestionamientos deben trascender fronteras y ser publicados para el beneficio de la población mundial.

Atendiendo a este llamado, quiero invitarlos a ser pioneros en investigación, a creer en nuestro trabajo y mostrar a Colombia y al mundo, los excelentes resultados de nuestra práctica médica.



4^{to} CONGRESO
INTERNACIONAL
MÉDICO QUIRÚRGICO

Unidos por
los **médicos**
del país



Viernes 16 de noviembre
Hotel Intercontinental
Medellín- Colombia

Conoce la programación e insíbete en www.clinicasomer.com

Sin costo

TEMA GENERAL



Aspirina para la prevención de preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino en el embarazo.

Mauricio Orozco González

Ginecólogo- subespecialista en Medicina materno fetal

La aspirina junto a la oxitocina, son los medicamentos más estudiados en la obstetricia. Los usos de la aspirina durante el embarazo son múltiples y entre ellos están favorecer la implantación del óvulo fecundado, la profilaxis en enfermedades autoinmunes, la prevención del parto pretérmino, la disminución de la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino fetal; éstas dos últimas son entidades relacionadas con insuficiencia placentaria.

La importancia de la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino, radica no solo en su alta incidencia, sino también en su alto aporte a la morbilidad materno fetal, siendo la preeclampsia una de las dos principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. En 1978, Goodlin reportó el caso de una paciente de 31 años de edad, quien a las 15 semanas de embarazo presentó trombocitopenia. La paciente tenía como antecedente dos pérdidas gestacionales en el 2do trimestre por toxemia gestacional. Luego de verificar que la trombocitopenia se presentó por consumo periférico, medicaron heparina sin obtener buenos resultados, por lo que iniciaron aspirina a dosis de 600 mg tres veces al día con mejoría importante del recuento plaquetario. Durante el tratamiento con aspirina, la paciente no presentó preeclampsia, pero al suspenderla a las 32 semanas, inició con un cuadro de preeclampsia severa, por lo que se debió terminar la gestación a las 34 semanas. Por fortuna, el neonato nació vivo, con restricción del crecimiento intrauterino.

Fue a partir de este caso que se empezó a demostrar la relación protectora entre la aspirina con la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino. Hasta ahora miles de pacientes la han recibido durante el embarazo. Un estudio clínico controlado publicado en agosto de 2017, demostró que la aspirina, a dosis bajas, es más efectiva que el placebo para disminuir la incidencia de preeclampsia antes de la semana 37 de gestación. En una revisión sistemática y un meta-análisis de febrero de 2018, se evidenció que el uso de aspirina a bajas dosis antes de la semana 16, disminuyó la incidencia de

preeclampsia antes del término, sin modificar de manera significativa, estadísticamente, la aparición de ésta después de las 37 semanas de gestación (a término).

Nicholaides y colaboradores, encontraron que las madres gestantes con riesgo elevado para preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino, determinado por la edad de la paciente, presión arterial, índice de pulsabilidad medio de arterias uterinas a la evaluación Doppler, factor de crecimiento placentario y antecedente de preeclampsia, se ven beneficiadas con el uso de aspirina a dosis de 150 mg en la noche, iniciando antes de las 16 y hasta las 36 semanas de gestación.

El estudio multicéntrico ASPRE (Combined Multimarker Screening and Randomized Patient Treatment with Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention) cuyo objetivo principal era evaluar el rendimiento de una prueba tamiz en el primer trimestre para preeclampsia, pre y post-término, tuvo entre sus dos principales conclusiones que las pacientes que recibieron aspirina a dosis de 150 mg cada noche, tuvieron una reducción del riesgo de preeclampsia pretérmino de hasta un 62 %; sin embargo, se evidenció que el inicio de ésta después de la semana 16, tenía una asociación que no es estadísticamente significativa, con abrupcio de placenta y hemorragia anteparto.

La evidencia es clara y contundente acerca de los beneficios del uso de la aspirina en pacientes con un riesgo elevado para preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino a la dosis de 150 mg, en la noche e iniciando antes de la semana 16 hasta la semana 36; sin embargo, no está exenta de riesgos, por lo cual se debe hacer un uso racional de ésta durante el embarazo.

Bibliografía recomendada:

- Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis, 2017 American Journal of Obstetrics & Gynecology
- Low dose aspirin for preventing fetal growth restriction: a randomised trial, J. Perinat. Med. 2018; aop
- ASPRE trial: performance of screening for preterm pre-eclampsia, Ultrasound Obstet Gynecol 2017; 50: 492-495
- Roberge S, Bujold E, Nicolaides KH, Meta-analysis on the effect of aspirin use for prevention of preeclampsia on placental abruption and antepartum hemorrhage, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2018), doi: 10.1016/j.ajog.2017.12.238.

MANEJO PRÁCTICO DE ENFERMEDADES

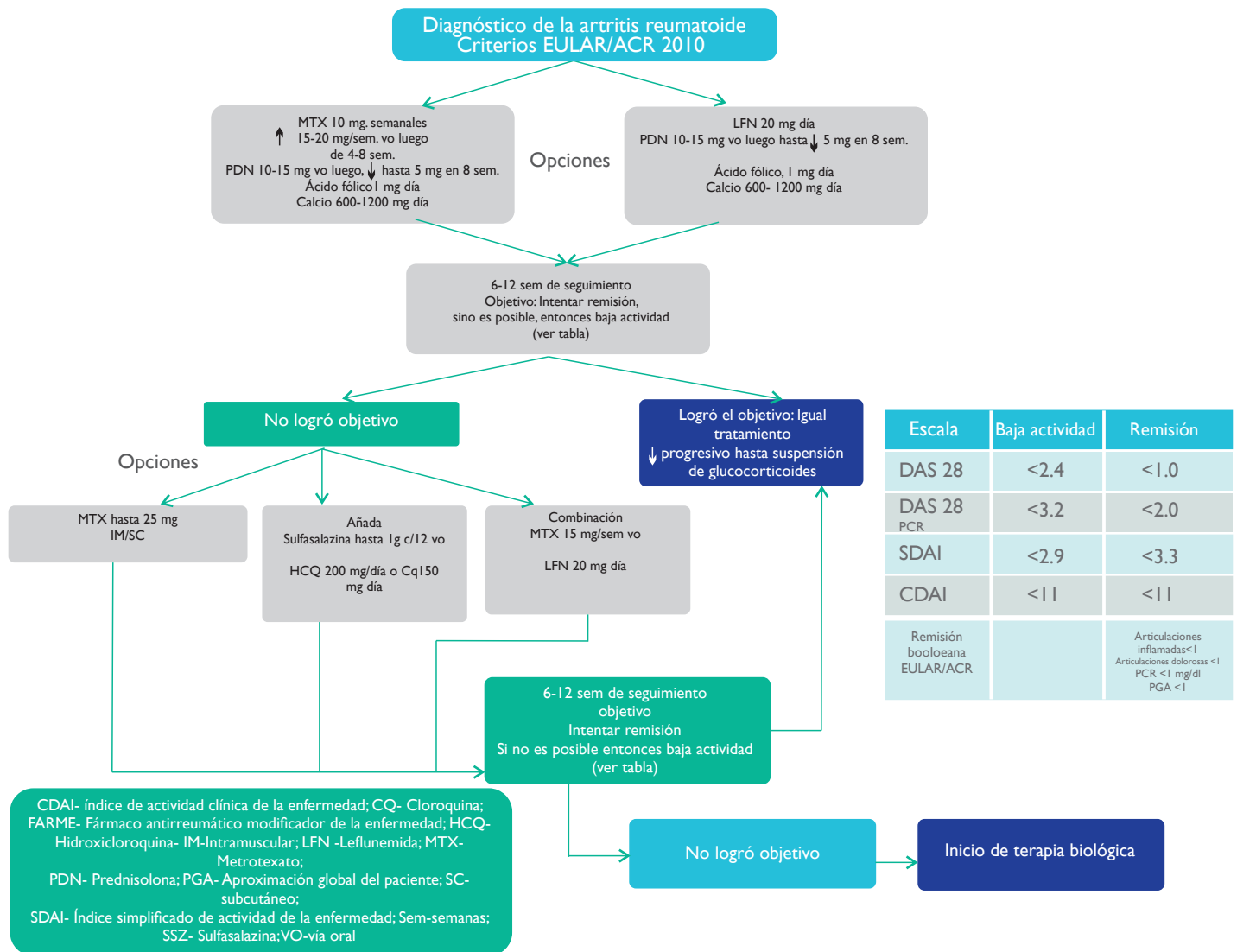


Algoritmo para el manejo de la artritis reumatoide

Samuel Carmona Cortés

Médico internista- Reumatólogo

La artritis reumatoide, es la enfermedad autoinmune de mayor prevalencia. A continuación, les presentamos de forma resumida y práctica, un enfoque para su abordaje inicial.



Lectura recomendada

EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. Smolen JS, et al. Ann Rheum Dis 2017;0:1-18.

2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis Rheumatol. 2016;68:1-26

Evidence for treating rheumatoid arthritis to target: results of a systematic literature search update. Stoffer MA, et al. Ann Rheum Dis 2016;75:16-22

Combination leflunomide and methotrexate in refractory rheumatoid arthritis: a biologic sparing approach. Ther Adv Musculoskelet Dis 2016;8:172-179

TEMA ESPECIALIZADO



Utilidad diagnóstica de la troponina de alta sensibilidad (hsTn) en el infarto agudo de miocardio sin elevación ST (IAM SEST). Parte II

Fabio Restrepo- Director Médico Laboratorio Clínico

Alfredo Hernández- Coordinador Unidad de Investigación

En la edición previa, mencionamos aspectos generales de la troponina de alta sensibilidad. En cuanto a su interpretación, resaltamos que no es tarea fácil, toda vez que existen algunas características que la dificultan como son: probabilidad pre-test del dolor torácico, comportamiento dinámico de la troponina, diferentes puntos de cortes según la casa matriz, diferencias poblacionales y problemas en la definición de términos. Es por esto que iniciamos nuestra discusión, aclarando conceptos claves, para lo cual tomaremos los anotados por la International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (ifcc) en su sitio web (1):

Valor o límite mínimo de detección: Es el valor más bajo de troponina que se puede detectar o medir. Éste cambia de acuerdo a la prueba usada.

Percentil 99: Valor alcanzado por el 99% de la población normal. Un valor superior se considera anormal, por lo que también se le conoce como umbral patológico o URL (del inglés - upper reference limit). Este umbral es diferente en hombres y puede cambiar entre poblaciones, además, es específico para cada prueba. La Fourth universal definition of myocardial infarction (2018), recientemente publicada, lo resalta como el umbral para definir **injuria o lesión miocárdica**, sin el cual no podemos hablar de IAMSEST.

Delta de troponina: Corresponde al cambio o variación en el tiempo de la troponina.

Para su interpretación, resaltamos que la utilidad de la hsTn, va en dos sentidos: para descartar IAMSEST (del inglés Roll out) y para confirmar su sospecha (del inglés Roll in). Para optimizar este recurso, se recomienda que su medición se haga en el momento de la valoración inicial y predomina el concepto de que dos troponinas son mejores que una.

Surge la pregunta ¿al cuánto tiempo se debe repetir la segunda prueba? En la actualidad hay estudios que buscan aclarar este concepto (con algoritmos rápidos de 1, 2 y 3 horas), pero en términos generales, el rango más estudiado y recomendado es el de tres horas. Anotamos que el médico puede solicitar pruebas adicionales de

hsTn si ocurren nuevos episodios isquémicos o en pacientes de alto riesgo. Para su interpretación, compartimos algunas recomendaciones adicionales:

- Un valor menor al límite de detección de la hsTn, se ha utilizado como umbral para descartar infarto de miocardio (Roll out). Una hsTn no detectable, hace poco probable que el dolor torácico sea de origen coronario. Se ha utilizado este concepto en estrategia de muestra única, la cual es útil en pacientes que lleven más de 2 horas del dolor y tengan un EKG normal.
- Si tenemos dos troponinas < percentil 99, en teoría, excluyen la mayoría de IAMSEST (Roll out).
- Para diagnóstico de IAMSEST, al menos una troponina debe superar el percentil 99 (Roll in).
- El delta de troponina se utiliza para mejorar el rendimiento diagnóstico en pacientes cuya primera troponina sea > percentil 99 y exista dudas de un IAMSEST. La recomendación más aceptada como cambio patológico, es cuando supera el 20%, en cuyo caso se debe considerar IAMSEST (Roll in). De lo contrario (< 20%), se recomienda considerar enfermedades que eleven la hsTn de forma crónica.
- Algunas pruebas de troponina tienen umbrales altos, por encima del cual son altamente específicos para IAMSEST (Roll in), por lo que no sería necesario repetir el examen.

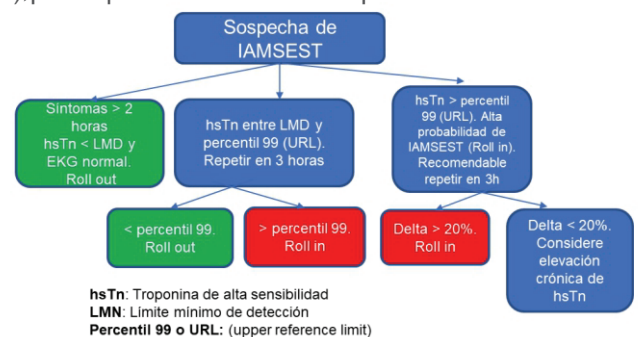


Imagen 1. Interpretación resultados de la hsTn en pacientes con sospecha de un IAMSEST

Bibliografía recomendada

- International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) website (<http://www.ifcc.org/executive-board-and-council/eb-task-forces/task-force-on-clinical-applications-of-cardiac-bio-markers-tf-cb/>)
- Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). European Heart Journal (2018) 00, 1–33
- Guía de Práctica Clínica para el Síndrome Coronario Agudo, actualización 2017. Colombia

CASO CLÍNICO



@clinica_somer



/Clínica Somer

Caso clínico

Luis Gonzalo Guevara- Gastroenterólogo

Eliana Rojas- Fellow segundo año de Gastroenterología

Paciente de 64 años, con historia de reflujo gastroesofágico y dispepsia; consulta a urgencias por cuadro clínico de tres meses, consistente en intolerancia a la ingesta de sólidos que evoluciona a líquidos, asociado a emesis con la ingesta y pérdida objetiva de 12 kg de peso. En los últimos dos días empeoraron los síntomas por lo que consulta. Dentro de los estudios, se realizó una endoscopia en la cual se evidencia dilatación esofágica generalizada, con estenosis del hiato que se logra franquear con el equipo. Además se realizó un esofagograma (ver imagen 1).

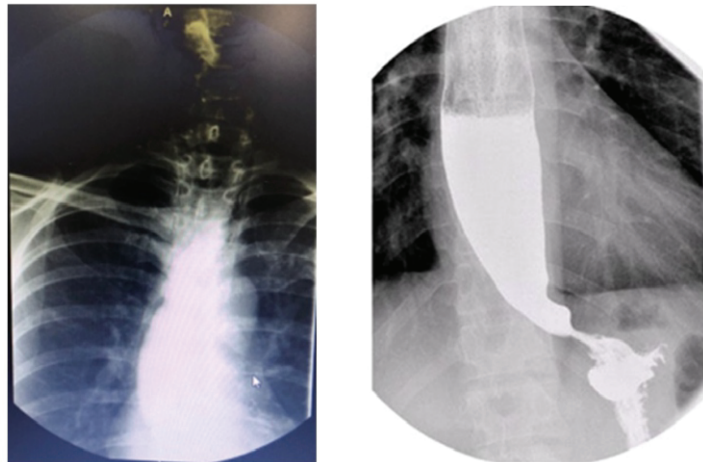


Imagen 1: Esofagograma

- ¿Qué diagnóstico considera para el (la) paciente?
- Describa los hallazgos imagenológicos.
- ¿Qué otros exámenes solicitaría?
- ¿Qué opciones de tratamiento considera?

Envíe su apreciación al correo investigacion@clnicasomer.com. En nuestra próxima edición, publicaremos las respuestas.

Unidad de Investigación



Escríbenos a: investigacion@clnicasomer.com

