

Medicina Farmacéutica

Vol 2, Nº 2, Setiembre 2005

Presentación

- El papel y el papel de Internet**
Rafael Bernal Castro, Presidente de SIIC.....3

Expertos Invitados

Entrevista exclusiva

- La Medicina Farmacéutica en la Argentina: el Nacimiento de una Especialidad**
Eduardo de la Puente, Presidente de SAMEFA.....4

Artículos originales

- 1 - **Neumonía Aguda Adquirida en la Comunidad: ¿Demasiadas Guías para el Mismo Problema? Perspectiva Actual del Consenso del Cono Sur Americano (ConsenSur)**
Carlos Bantar, SIIC.....5
- 2 - **El Proyecto de Investigación Clínica desde la Óptica de la Industria Farmacéutica: Aspectos Éticos que Deben Considerarse**
Silvia Beatriz Zieher, SIIC.....5

Artículos seleccionados

- 3 - **TEMPS-A: Progreso hacia la Validación de una Versión Clínica del Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire**
Journal of Affective Disorders.....6
- 4 - **Resistencia a la Aspirina y sus Consecuencias en la Práctica Clínica**
Medscape General Medicine.....6
- 5 - **Desafíos en el Traslado de la Investigación a la Práctica**
Journal of Women's Health.....7
- 6 - **Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Manía y la Hipomanía en el Trastorno Bipolar**
Revista de Psiquiatría Clínica.....7

Novedades seleccionadas

- 7 - **Estrategia para Reducir el Error en el Cálculo de las Dosis de Fármacos**
Journal of the Royal Society of Medicine.....8
- 8 - **Desviaciones en el Informe de Resultados de Ensayos Aleatorizados**
BMJ.....8
- 9 - **Consideraciones para la Obtención del Consentimiento Informado**
Nature Clinical Practice. Cardiovascular Medicine.....8
- 10 - **Aspectos Éticos de la Investigación y Tratamiento de Pacientes con Esquizofrenia**
Mental Fitness.....9
- 11 - **La Infección por *Helicobacter pylori* Modifica la Respuesta a las Drogas Antisecretoras**
Digestive and Liver Disease.....9
- 12 - **Efecto de la Combinación de Drogas sobre la Mortalidad en Pacientes con Cardiopatía Isquémica**
BMJ.....9

Contacto Directo.....10

Eventos recomendados.....10

Dirección Editorial.....10

Conexiones Temáticas Los artículos de Trabajos Distinguidos pueden ser aprovechados por otras especialidades. A continuación se citan las comprendidas en esta edición:

Especialidades	Artículos, números	Especialidades	Artículos, números
Atención Primaria.....	1	Industria Farmacéutica.....	1, 2, 11, 12
Bioética.....	2, 10	Medicina General.....	1, 9
Cardiología.....	12	Medicina Interna.....	2, 4, 5, 8
Epidemiología.....	3, 5, 7, 8	Medicina Legal.....	9
Farmacología.....	1, 2, 4, 11, 12	Neumonología.....	1
Gastroenterología.....	11	Política Sanitaria.....	1, 2
Infectología.....	1	Psiquiatría.....	3, 6, 10



RETIRACIÓN DE TAPA



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

www.trabajosdistinguidos.com

Colección

Trabajos Distinguidos

Serie

Medicina Farmacéutica

Vol. 2 N° 2, setiembre 2005



Sociedad Argentina de Medicina Farmacéutica

Presentación

El papel y el papel de Internet

Desde aquella imprenta que afectó a los meticulosos escribientes libro a libro, hasta estos años internetianos de textos virtuales, fugaces, frágiles, posibles de copiar, borrar o reescribir tantas veces como sus autores o lectores lo deseen, pasó bajo el puente mucha tinta y, en pocos minutos de historia, más *htm, txt, pps, gif, pdf, jpg*, etcétera.

La dinámica que la tecnología imprimió al conocimiento científico contribuyó a su creciente socialización. Emergió información que pocos años atrás únicamente solía ser aprovechada por investigadores selectos, por inquietos responsables de grupos de estudio o trabajo o, simplemente, por solitarios estudiosos, conscientes de la responsabilidad que acarrearán sus actos profesionales.

La cantidad de documentación actualmente disponible representa un desafío tanto para sus potenciales lectores como para quienes trabajamos en la facilitación de los medios para que la reciban adecuadamente.

Producimos medios de comunicación científica cuyos directores seleccionan, entre tanta información secundaria, lo importante, y sus redactores—médicos formados para escribir didácticamente en castellano—ajustan su labor a rigurosos controles que aseguran la óptima calidad de la edición.

TD MF, En papel y En Internet

Caracteriza a SIIC la costumbre de concretar sus proyectos utilizando los recursos disponibles o, ante la insuficiencia o inexistencia de ellos, crear los necesarios.

Tal conducta nos permite presentar el primer número impreso sobre papel de Trabajos Distinguidos, serie Medicina Farmacéutica (TD MF), entrelazado con su semejante completo que se publica en Internet. Iniciamos una modalidad de producción editorial que combina los dos soportes y sus respectivas ventajas.

TD MF *En papel*, impresa en doce páginas, con formato revista, contiene una entrevista completa y doce artículos abreviados (dos originales y diez seleccionados de otras fuentes), contactos directos con los especialistas de SIIC y con los autores que participaron en el número y un breve calendario de congresos relacionados con Medicina Farmacéutica. El mismo número con igual cantidad de artículos *En Internet*, si bien mantiene el aspecto de la revista *En papel*, aumenta de doce a 30 páginas en la versión que se publica completa en www.trabajosdistinguidos.com/trabdis.php

El lector que ingrese en Internet podrá consultar e imprimir la versión completa o, si lo prefiere, sólo el artículo que le interese dirigiéndose a la página que se indica al pie de cada uno. Allí accederá sólo a ese trabajo, sin necesidad de abrir o imprimir la totalidad de TD MF *En Internet*.

La compaginación de los sistemas multiplica las posibilidades de aprovechamiento de la obra.

Contemplamos el papel e Internet y complementamos las cualidades de ambos mecanismos de edición.

Superamos de esta manera la falsa antinomia *Internet-papel* promovida por quienes defienden, mediante prejuicios infundados, gustos personales o intereses comerciales que, para realizarse, necesitan la presurosa exclusión de conductas centenarias.

SIIC-SAMEFA, Acuerdo de cooperación

Los socios de la Sociedad Argentina de Medicina Farmacéutica (SAMEFA) disponen del acceso libre y gratuito a los textos completos escritos por SIIC y también, en caso de requerirlos, a los *full texts* originales de los artículos clasificados por SIIC *Data Bases*, provistos por editoriales colegas del mundo.

A partir del acuerdo de cooperación científica celebrado entre SAMEFA y SIIC en el turbulento 2001 de la Argentina nos propusimos concretar, entre otras acciones, la revista especializada de Medicina Farmacéutica. Lo conseguimos en agosto de 2003, mes en el que iniciamos la edición de TD MF *En Internet*. Pese a los difíciles años publicamos hasta el presente, con la participación científica de destacados miembros de SAMEFA, siete números compuestos por alrededor de 32 páginas cada uno.

Los recursos necesarios para producirlos fueron íntegramente aportados por SIIC, a sabiendas de que sentábamos el precedente de haber editado la primera publicación periodística de la especialidad en Iberoamérica y la segunda en el mundo.

Aquellos fascículos virtuales, también patrocinados por la Asociación de Médicos Especialistas en la Industria Farmacéutica (AMEIFAC), de México, y por la Sociedade Brasileira de Medicina Farmacéutica (SBMF), inauguraron un proyecto que contemplaba las ediciones tangibles de TD MF. Afortunadamente, alcanzamos el objetivo, hoy tiene la primera en sus manos.

La continuidad exitosa de TD MF *En papel* dependerá de la calidad de sus contenidos y el respaldo de las instituciones, empresas y profesionales que conforman el núcleo y entorno de SAMEFA. Los avances de la especialidad, descritos en la entrevista al Dr. Eduardo de la Puente, presidente de SAMEFA (pág. 4), plantean perspectivas alentadoras que seguramente justificarán próximas celebraciones de nuevos triunfos.

Rafael Bernal Castro
Presidente

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

Fuentes científicas, SIIC Data Bases

● El símbolo indica que la publicación, en papel y actualizada, pertenece al acervo de la Biblioteca Biomédica SIIC (BB SIIC). Los socios de SAMEFA pueden consultarla de manera libre y gratuita.

- Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana
- Acta Farmacéutica
- Agencia Sistema de Noticias Científicas (aSNC-SIIC)
- Alimentary Pharmacology & Therapeutics
- American Journal of Health-System Pharmacy (AJHP)
- American Journal of Hypertension
- American Journal of Geriatric Pharmacotherapy
- American Journal of Medicine
- American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine
- American Journal of Science
- American Journal of Therapeutics
- Annals of Emergency Medicine
- Anesthesia
- Anesthesia & Analgesia
- Annals of Internal Medicine
- Annals of Pharmacotherapy
- Annual Review of Pharmacology and Toxicology
- Antimicrobial Agents and Chemotherapy
- Archiv der Pharmazie
- Archives of Internal Medicine
- Archives of Medical Research
- Arzneimittel Forschung (Drug Research)
- BBA
- BMJ
- Bifase
- Biocatalysis and Biotransformation
- Biomedicine & Pharmacotherapy
- British Journal of Clinical Pharmacology
- British Journal of Pharmacology
- Cancer Biotherapy & Radiopharmaceuticals

- Cancer Investigation
- Cardiovascular Drug Reviews
- Chemotherapy
- Chinese Medical Journal (CMJ)
- Chirality
- Clinical and Drug Investigation
- Clinical Chemistry
- Clinical Drug Investigation
- Clinical Neuropharmacology
- Clinical Pharmacokinetics
- Clinical Pharmacology & Therapeutics
- Clinical Therapeutics
- CMAJ
- CNS Drugs
- Controlled Clinical Trials
- Critical Care Medicine
- Current Therapeutic Research
- Diagnostic Microbiology and Infectious Diseases
- Digestive and Liver Disease
- Drug Research
- Drug Safety
- Drugs
- Drugs of Today
- Drugs Safety
- Drugs Under Experimental and Clinical Research
- Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
- European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases
- European Journal of Clinical Pharmacology
- Expert Opinion in Pharmacotherapy
- Factores de Riesgo - SIIC
- FDA News

- GMHC Treatment Issues
- Good Clinical Practice Journal (GCPJ)
- International Immunopharmacology
- International Journal of Clinical Pharmacology Research
- International Journal of Antimicrobial Agents
- International Journal of Clinical Practice
- International Journal of Pharmaceutical Medicine
- JAMA
- Journal of Affective Disorders
- Journal of Antimicrobial Chemotherapy
- Journal of Biomolecular Structure and Dynamics
- Journal of Bone and Mineral Research
- Journal of Cardiovascular Pharmacology
- Journal of Chemotherapy
- Journal of Clinical Investigation
- Journal of Clinical Microbiology
- Journal of Clinical Pharmacology
- Journal of Clinical Psychopharmacology
- Journal of Enteral and Parenteral Nutrition
- Journal of Human Hypertension
- Journal of Infectious Diseases
- Journal of Internal Medicine
- Journal of International Medical Research
- Journal of Pharmaceutical Sciences
- Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics
- Journal of the Royal Society of Medicine
- Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care
- Journal of Veterinary Pharmacology &

- Therapeutics
- Journal of Women's Health
- La Presse Médicale
- Lancet
- Life Sciences
- Mayo Clinical Proceedings
- Medicina Clínica
- Medicinal Research Reviews
- Molecular Pharmacology
- NEJM
- Oligonucleotides
- Pediatric Drugs
- Pharmacoeconomics
- Pharmacological Reviews
- Pharmacotherapy
- Physics in Medicine & Biology
- Postgraduate Medical Journal
- Prensa Médica Argentina
- Psychoneuroendocrinology
- Psychopharmacology
- QJM
- Respiratory Medicine
- Reviews in Analgesia
- Revista de Psiquiatría Clínica
- Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo
- Rheumatology
- Salud(i)Ciencia - SIIC
- São Paulo Medical Journal
- Science & Medicine
- Southern Medical Journal
- Thérapie
- Trabajos Distinguidos de Clínica Médica
- Trends in Pharmacological Sciences
- Vaccine

● BB SIIC, Avda Belgrano 430, Piso 9, Buenos Aires, Argentina // Tel: 4342 4901

Expertos invitados

Entrevista exclusiva (completa)

La Medicina Farmacéutica en la Argentina: el Nacimiento de una Especialidad



Eduardo de la Puente

Especialista en Enfermedades Infecciosas; Hospital F. J. Muñiz (GCBA)
Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Farmacéutica (SAMEFA)
Gerente de Planeamiento Comercial de Laboratorios Bagó

■ ¿Cómo surge la Medicina Farmacéutica?

La Medicina Farmacéutica ha surgido como una especialidad joven, que recopila y sistematiza todo el conocimiento –hasta entonces, disperso– referido a la investigación, desarrollo, comunicación y comercialización de los medicamentos en el mundo globalizado que habitamos.

■ Pero los médicos de todas las especialidades estudian y utilizan medicamentos, ¿en qué se diferencia el enfoque del médico farmacéutico?

En la amplitud y en el punto de vista. La primera contempla al medicamento desde su etapa de descubrimiento, en estrecho contacto con las ciencias básicas, hasta la puesta en el mercado para su aplicación en la medicina asistencial, pasando por el registro y la comunicación.

El punto de vista tiene su eje en el propio medicamento; si bien tiene en cuenta la patología a tratar, su interés se centra en generar, ordenar y transmitir sistemáticamente toda la información necesaria para que el médico asistencial pueda utilizar el medicamento con seguridad.

■ ¿Cómo era antes que la Medicina Farmacéutica cobrara forma de especialidad?

El papel del medicamento en la terapéutica de la mayoría de las enfermedades y en la práctica asistencial actual no puede ser puesto en duda. Está integrado culturalmente en la sociedad, sin distinciones étnicas, geográficas o de otra índole y resulta antropológicamente interesante el hecho de que posea el *status* de “producto de primera necesidad”.

Ahora bien, si se reflexiona sobre el modo en que, a lo largo de la historia, cada nuevo medicamento fue incorporado a la prescripción y el consumo, se reconocen varios períodos claramente diferenciados. Como en otros órdenes, el inicio es dominado por el pensamiento mágico, matizado por algunas observaciones empíricas. Pautinamente el método científico se fue imponiendo, estimulado por el auge de una era de descubrimientos de la fisiología y la patogenia. Sin embargo, la experiencia individual, por calificada que sea, no puede ser tomada como referencia válida para establecer recomendaciones o normas terapéuticas, como era práctica usual en la enseñanza de la medicina hace unas pocas décadas.

■ ¿Qué cambió entonces?

Hoy se acepta que, aun cumpliendo diseños metodológicamente impecables, muchas veces los resultados de estudios individuales, abarcando algunas decenas o centenas de individuos, pueden no ofrecer resultados concluyentes. Comenzamos a comprender los principios de la *Medicina Basada en la Evidencia*, como contrapuesto a aquella basada únicamente en la “experiencia”. Se incorporan metodologías como la bioestadística y la tecnología de la información y se toma en consideración el contexto que brinda la epidemiología.

Ahora reconocemos que, aun con el auxilio de las más modernas bases documentales médicas, el acceso irrestricto y universal a ellas a través de internet y la aplicación de técnicas depuradas de metaanálisis, los consensos referidos a temas fundamentales (como podría ser el manejo de la hipertensión arterial) siguen presentando discrepancias, si no resultan abiertamente contradictorios.

■ ¿Qué disparó semejante cambio de enfoque?

Debieron ocurrir dos catástrofes: el conocimiento de las “investigaciones médicas” en los campos de concentración durante la II Guerra Mundial y la embriotoxicidad de la talidomida, para que el desarrollo de medicamentos –incluyendo las investigaciones clásicas de la etapa clínica– incorporara los preceptos éticos y las exigencias regulatorias modernas.

Pero hay más: las exigentes condiciones que impone el apego estricto a las normas metodológicas crean una situación especial (hasta

podríamos decir *artificial*) para la población-sujeto de estudio, en las investigaciones clínicas actuales. Sin embargo, la realidad de la práctica asistencial individual a menudo es muy distinta: el inexistente *consentimiento informado* toma la forma de relación médico-paciente, con todas sus imperfecciones y virtudes, subjetividades e influencia terapéutica; bajo estas condiciones no hay protocolo, monitoreo ni auditorías, sino necesidades, temores y “*compliance*”. Los pacientes deben ser adecuadamente tratados, tengan o no enfermedades y medicación concomitantes. Finalmente, el tratamiento no es gratuito, sino que debe ser pagado por el paciente, o por algún seguro de salud, por lo que existirá mayor o menor libertad prescriptiva, respectivamente).

Con todos estos condicionamientos, el especialista en Medicina Farmacéutica debe “traducir” la evidencia acumulada durante las investigaciones clínicas, en guías aplicables en la práctica asistencial cotidiana. Así se diferencian los estudios de eficacia de aquellos que buscan determinar la efectividad y los enfoques “naturalístico” y “farmaco-económico”.

■ ¿Cómo puede, el médico asistencial, seguir el ritmo desenfundado de aparición de nuevos medicamentos? Es decir, ¿cómo es posible que se mantenga razonablemente actualizado?

El cúmulo de información generado durante las fases precomerciales de desarrollo de un medicamento debe ser, en efecto, transmitido sistemática y ordenadamente a todo el cuerpo médico, para que su utilización se corresponda con los lineamientos surgidos de la evidencia y se evite la mayor cantidad posible de errores o desvíos. Esto también forma parte del campo de conocimiento de la Medicina Farmacéutica. Debe tenerse en cuenta que el *emisor* de la información (generalmente, una empresa farmacéutica) no puede abstenerse de su interés comercial en el tema; que el *canal* utilizado en la comunicación no es estrictamente médico (pese a su destacable capacitación); que el APM tampoco es imparcial y, para colmo, el *receptor* (el médico asistencial) no siempre tiene toda la disposición –y el tiempo– requeridos para una comprensión total del mensaje. El médico farmacéutico es responsable de lograr una comunicación eficiente y condicionar de tal manera al canal, para que sus colegas asistenciales reciban la información suficiente y con la calidad y claridad necesarias.

■ ¿Cómo estamos en Argentina en todos estos aspectos?

Argentina ha sido pionera en la región en lo que respecta a la formación de profesionales médicos en el campo de la Medicina Farmacéutica, creando en 1970 la primera asociación en Latinoamérica (AMAIFA), organizando el dictado del curso superior de la especialidad e integrándose a las sociedades colegas del resto del mundo, nucleadas en la *International Federation of Associations of Pharmaceutical Physicians* (IFAPP).

Hoy, con el lanzamiento de la edición en papel de nuestra publicación periódica *on line* Trabajos Distinguidos en Medicina Farmacéutica, la Sociedad Argentina de Medicina Farmacéutica (SAMEFA), gracias a la colaboración, experiencia editorial y capacidad profesional de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), logra dar un paso decisivo hacia la integración y crecimiento de la especialidad.

Desde su nacimiento hace ya tres años, esta revista de la SAMEFA pretende ser el medio por el cual difundir el conocimiento y los hallazgos más significativos en este campo, de tal manera que estén al alcance de los asociados, pero también de todos aquellos que, de un modo u otro, estén vinculados con la actividad.

Nuestra pretensión más ambiciosa es que el mayor número posible de colegas quiera compartir sus aportes y experiencia a través de la publicación de artículos originales en ésta, su revista.

El objetivo es común: *mejores fármacos para una medicina mejor*. Sean bienvenidos.

Artículos originales (abreviados)

Por limitaciones de espacio, incluimos en esta página sólo los resúmenes y primeros párrafos de artículos originales escritos por especialistas expresamente convocados por SIIC. Para continuar con la lectura de sus versiones completas diríjase a las páginas de *siicsalud* que se mencionan debajo de cada uno. Los socios de SAMEFA pueden consultarlos en forma gratuita.

1 - Neumonía Aguda Adquirida en la Comunidad: ¿Demasiadas Guías para el Mismo Problema? Perspectiva Actual del Consenso del Cono Sur Americano (ConsenSur)



Carlos Bantar
Columnista Experto
Sociedad Iberoamericana de Información Científica
Función que desempeña: Jefe del Servicio de Control de Infecciones, Hospital San Martín, Paraná, Argentina
Página del autor: www.siicsalud.com/dato/dat044/05725007a.htm

Resumen

A mediados de 2001 se constituyó un grupo de trabajo en el Cono Sur americano (ConsenSur) integrado por profesionales con experiencia en neumonía adquirida en la comunidad (NAC), con el objetivo de diseñar una guía práctica para el manejo inicial de esta patología, concebida sobre datos locales. El documento resultante se publicó a fines de 2002. Desde entonces se generó la siguiente información en nuestra región y en el mundo: en Argentina, la tasa de neumococo con alta resistencia a penicilina es 1% y la resistencia a macrólidos y levofloxacina, 14% y 1%, respectivamente. A mediados de 2002, comenzó en Uruguay un brote epidémico causado por una cepa de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina de origen comunitario (SAMR-AC). A la fecha, ya son 42 los pacientes que sufrieron infección por este clon. Emergieron nuevos antibióticos, nuevas formulaciones o nuevas dosis de drogas existentes y hubo un auge de modelos farmacodinámicos. La mayor parte de la nueva información ratifica el contenido del ConsenSur, excepto i) la aparición de casos de NAC grave producidos por SAMR-AC, ii) la sugerencia de utilizar dosis más altas de levofloxacina y iii) la consideración de acortar la terapia en pacientes con NAC leve o moderada no complicada con buena evolución.

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es, probablemente, una de las infecciones que afecta a pacientes ambulatorios para la cual se ha escrito la mayor diversidad de guías en todo el mundo.¹⁻⁸ Si bien la mayoría de ellas coinciden en que la terapia antimicrobiana debería seleccionarse sobre parámetros como la gravedad de la enfermedad, la presencia de comorbilidades y la epidemiología, se puede apreciar una dispersión considerable en la elección de las opciones de primera línea entre los diferentes países, aun en los casos considerados de bajo riesgo. Aunque las diferentes guías pueden ser útiles para lograr el manejo apropiado de la NAC, cada una de ellas tiene sus propias ventajas y limitaciones. Aun así, algunos países o regiones adoptan otras guías o diseñan las propias sin tener en cuenta los datos locales, probablemente debido a la escasa disponibilidad de éstos.^{2,9} Sin embargo, tanto la epidemiología de la NAC como las características de los sistemas de salud pueden presentar diferencias entre distintas regiones. A mediados de 2001 se constituyó un grupo de trabajo integrado por infectólogos y microbiólogos del Cono Sur americano con evidente interés y experiencia personal en NAC.

Dicho grupo (ConsenSur) tuvo como objetivo diseñar una guía práctica para el manejo inicial de esta patología, concebida sobre datos locales. El documento resultante se publicó a fines de 2002.¹ Desde entonces, emergieron nuevas opciones terapéuticas y se produjo nueva información en nuestra región y en el mundo.

En el presente artículo se establecen algunas consideraciones acerca de cómo estas "novedades" impactan sobre el documento original del ConsenSur.

Evolución de la resistencia bacteriana y su impacto clínico

Desde hace más de 10 años la mayoría de los estudios de vigilancia muestran cifras variables de neumococo resistente a la penicilina;...

Recepción: 9/12/2004 - Aprobación: 28/7/2005



El artículo completo se publica en
www.siicsalud.com/dato/dat044/05725007.htm

2 - El Proyecto de Investigación Clínica desde la Óptica de la Industria Farmacéutica: Aspectos Éticos que Deben Considerarse



Silvia Beatriz Zieher
Columnista Experta
Sociedad Iberoamericana de Información Científica
Función que desempeña: Directora de Investigación MSD Pharma Services
Página del autor: www.siicsalud.com/dato/dat036/04223048a.htm

Resumen

La industria farmacéutica que patrocina estudios clínicos tiene la responsabilidad de asegurar la vigilancia del cumplimiento de las normas éticas internacionales. En 1947, el Código de Nuremberg sentó las bases éticas de la investigación con seres humanos. El Informe Belmont (1979) definió los principios éticos para la investigación clínica. Actualmente, el documento más ampliamente difundido y adoptado a nivel mundial es la Declaración de Helsinki (a través de sus actualizaciones desde 1964 hasta la última del año 2000). En julio de 2002, *Pharmaceutical Research Manufacturers of America* (PhRMA) elaboró y publicó los principios para la conducción y comunicación de los estudios clínicos por parte de la industria farmacéutica. Ellos comprenden cuatro principios relacionados con la protección de los sujetos participantes de la investigación, principios para la conducción de los estudios clínicos, principios que aseguran la objetividad en la investigación y principios relacionados con la publicación de los resultados de los estudios clínicos.

La consideración de los aspectos éticos es una obligación y el marco indispensable de las actividades de investigación clínica. La industria farmacéutica tiene el deber de ser vigilante de las consideraciones éticas en todas las etapas de los proyectos de esta naturaleza, asegurando el cumplimiento de las normas internacionales que rigen la investigación clínica y de las regulaciones locales dentro del contexto de las normas de Buena Práctica Clínica (*Good Clinical Practices*, GCP).

Esta presentación refleja la posición de los médicos que trabajamos en los departamentos médicos de los laboratorios farmacéuticos.

En la actualidad disponemos de valiosos documentos que definen los principios éticos que deben guiar la investigación con seres humanos. La piedra fundamental fue colocada en 1947 por el Código de Nuremberg, que sigue siendo un documento trascendental luego de más de 50 años. El Código de Nuremberg fue publicado después del juicio a los médicos nazis por las aberraciones perpetradas en campos de concentración con fines de experimentación médica. Contiene 10 principios en los que se definen las reglas de la investigación. Entre otros, se destacan (a) la obligación de obtener un consentimiento informado, (b) el principio de beneficencia en investigación, (c) la obligación de evitar riesgos innecesarios, (d) la protección al sujeto en caso de daños y (e) la libertad del sujeto de decidir retirarse en cualquier momento del estudio.

En 1964, la Asociación Médica Mundial publicó la Declaración de Helsinki. Desde entonces, el documento tuvo varias modificaciones, la más reciente es la controvertida versión del año 2000. A diferencia del Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki se ha incorporado a varias regulaciones en diversos países. Respecto del contenido de ambas, podemos señalar que la Declaración de Helsinki pone especial énfasis en las obligaciones del investigador, en tanto el Código de Nuremberg se centra especialmente en los derechos del paciente como parte de la investigación.

El Informe Belmont fue publicado en 1979 en los Estados Unidos por la Comisión Nacional de Protección de Personas en Investigación. Este informe define claramente los principios éticos...

Recepción: 30/10/2003 - Aprobación: 25/2/2004



El artículo completo se publica en
www.siicsalud.com/dato/dat036/04223048.htm

Artículos seleccionados (abreviados)

Microrresúmenes y primeros párrafos de artículos resumidos por SIIC en aproximadamente dos páginas; fueron aportados a SIIC por las mismas fuentes científicas mencionadas en las citas. Para continuar con la lectura de sus versiones completas diríjase a las páginas de [siicsalud](http://www.siicsalud.com) que se mencionan debajo de cada uno.

Los full texts se encuentran a disposición de los socios de SAMEFA en www.siicsalud.com/lmrl/listaestra.htm

3 - TEMPS-A: Progreso hacia la Validación de una Versión Clínica del Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire

Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF y colaboradores

International Mood Center, San Diego, La Jolla; University of California and Veterans Administration Hospital, San Diego, Lakeside Hospital, Memphis; EE.UU.

[TEMPS-A: Progress towards Validation of a Self-Rated Clinical Version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire]

Journal of Affective Disorders 85(1-2):3-16, Mar 2005

El estudio dio como resultado un instrumento adecuado para el uso en psiquiatría clínica, especialmente entre los pacientes con trastornos afectivos.

El Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS) ha estado vigente al menos durante un cuarto de siglo. Sus antecedentes están estrechamente relacionados con el *Mood Clinic Data Questionnaire* (MCDQ), una herramienta clínica semiestructurada que Hagop S. Akiskal elaboró para obtener diagnósticos en forma sistemática entre los pacientes de su clínica para el tratamiento de trastornos del estado de ánimo en Memphis. Los autores sostienen que una descripción basada en los rasgos de la personalidad de los pacientes con trastornos afectivos funciona mejor para reflejar el estado afectivo. Además, prefieren el término "temperamento" (reactividad emocional) a "trastorno de la personalidad" y afirman que el primero comprende tanto las fortalezas como las debilidades afectivas, lo cual lo hace interesante para la teoría, la investigación y la práctica.

La confusión entre los ejes I y II en el DSM-III y el DSM-IV

El primer trabajo de los autores tuvo escasa influencia sobre la actual formulación de los tipos de personalidad del eje II, descritos en algunos sistemas formales de diagnóstico como el DSM-III y el DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1980; 1994) y el ICD-10 (*World Health Association*, 1992). No obstante, este trabajo fue trascendente para la formulación de los trastornos subafectivos, los cuales incluyen a la ciclotimia y distimia en el eje I, donde se los considera trastornos afectivos de bajo grado. La falta de coherencia con que se manejaron los temperamentos afectivos en el DSM-III y el DSM-IV se debió a sus dificultades para determinar la naturaleza de lo "subafectivo" y de los "trastornos de la personalidad". Actualmente, los trastornos de personalidad fronteriza parecen reunir muchas disfunciones afectivas, en particular del dominio bipolar.

Barreras logísticas

Otro de los dilemas que HS Akiskal afrontó en su clínica fue la naturaleza inmanejable de los sistemas de caracterización del temperamento o la personalidad, correspondientes a las pruebas psicométricas formales, que requerían 4 o 5 grados por cada rasgo. Además, la autocomunicación por parte de los pacientes con trastorno bipolar tampoco era un método confiable. Como resultado de ello, el MCDQ elaborado dependía de las aptitudes profesionales de quienes tomaban la prueba.

La colaboración Pisa-Memphis-San Diego

En 1987, los autores publicaron la versión completa de la prueba para la evaluación del temperamento. En principio produjo interés, especialmente porque la caracterización de los temperamentos podía utilizarse para definir "trastornos bipolares leves"...

4 - Resistencia a la Aspirina y sus Consecuencias en la Práctica Clínica

Eikelboom J, Feldman M, Mehta SR y colaboradores

Mc Master University, Hamilton, Canadá

[Aspirin Resistance and Its Implications in Clinical Practice]

Medscape General Medicine 7(3), 2005

Algunos pacientes serían "resistentes" a los efectos antiplaquetarios de la aspirina, fenómeno éste poco comprendido.

Muchas investigaciones han mostrado la efectividad de la aspirina en el tratamiento preventivo del infarto de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. La aspirina, al inhibir en forma irreversible la agregación plaquetaria disminuye la probabilidad de la oclusión vascular. Sin embargo, en algunos estudios recientes se ha observado que existirían algunos pacientes que son "resistentes" a los efectos antiplaquetarios de este fármaco, lo que ha planteado diversos interrogantes.

En 2004 un panel de expertos internacionales debatió estos temas en el marco de un encuentro previo a las *American Heart Association Scientific Sessions*.

Mecanismo de acción de la aspirina

En 1971 John Vane mostró que este fármaco inhibía la enzima ciclooxigenasa (COX), con lo cual se impedía la síntesis de las prostaglandinas. Posteriormente se identificaron las dos isoformas de esta enzima, la COX-1 o constitutiva y la COX-2 o inducible. Esta última se produce en el ámbito de procesos inflamatorios y dolorosos y la COX-1 interviene en el mantenimiento de funciones como la actividad plaquetaria normal o la protección gástrica. En las plaquetas, la COX-1 promueve la formación del tromboxano A₂, el que a su vez induce la agregación plaquetaria.

Si bien los estudios han mostrado pocas diferencias en cuanto a la eficacia clínica de las bajas dosis respecto de las altas, estas últimas se asocian con un aumento del riesgo de hemorragias.

Pruebas de función plaquetaria

Un estudio de 2002 mostró que los niveles del 11-deshidrotromboxano B₂, un marcador de la formación de tromboxano, se asocian con un aumento del riesgo de muerte cardiovascular. Otro ensayo posterior informó que la resistencia a la aspirina, definida a través de una prueba de agregación plaquetaria óptica, se asoció con el aumento del riesgo de muerte, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.

Durante la reunión del panel de expertos antes mencionado se postularon algunos mecanismos que podrían explicar el fenómeno de la resistencia, como la falta de activación plaquetaria con las dosis bajas de aspirina, las dosis insuficientes del fármaco, el polimorfismo de los blancos farmacológicos de la aspirina, alteraciones del gen de la COX-1 y la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

El término "resistencia a la aspirina" incluye tanto la incapacidad de la droga para inhibir la formación del tromboxano plaquetario como la imposibilidad de prolongar el tiempo de sangrado. Para algunos el término resistencia es inadecuado, otros propusieron la denominación "fracaso" del tratamiento, ya que la resistencia no diferencia con claridad la falta de eficacia de la aspirina para inhibir la COX-1 y la agregación plaquetaria dependiente de esta última y la que es resistente a la agregación independientemente de la COX...

5 - Desafíos en el Traslado de la Investigación a la Práctica

Col NF

Brown Medical School and Rhode Island Hospital, Providence, EE.UU.

[Challenges in Translating Research into Practice]

Journal of Women's Health 14(1):87-95, Ene 2005

Resumen de la bibliografía concerniente a las dificultades para trasladar la información obtenida mediante investigaciones a la práctica clínica.

La difusión de datos y tratamientos nuevos hacia la práctica clínica es un proceso lento y escasamente comprendido. Por lo general, los facultativos son reacios a abandonar tratamientos establecidos, a pesar de que sean subóptimos, y renuentes a seguir las guías de práctica basadas en la evidencia. La publicación y divulgación de la evidencia surgida de ensayos clínicos aleatorizados guarda poca relación con su adopción en la práctica clínica. Queda por aclarar los motivos por los cuales se producen estos fenómenos, que se observan en forma reiterada. En este trabajo los autores revisan, en forma crítica, los modelos conceptuales que describen el camino desde la generación de datos hasta su aplicación, resumen diversos intentos por acelerar este traslado, proponen modelos alternativos y sugieren áreas que requieren investigación.

Estrategias para mejorar el traslado de la investigación

Para discutir las estrategias para mejorar el traslado de la información que se obtiene mediante la investigación, se debe distinguir entre hallazgos y herramientas. Los primeros se refieren a los conocimientos nuevos sobre la efectividad o riesgos de una droga específica; mientras que las últimas aluden a los métodos para mejorar el empleo de las drogas, lo que comprende protocolos específicos, metodologías, tecnologías o programas de computación que podrían representar propiedad intelectual.

Las estrategias para mejorar el pasaje de los hallazgos de las investigaciones han sido enfocadas en los pacientes o en los prestadores de salud, sin analizar las interacciones entre éstos o con otros organismos. Las intervenciones que mejoran la adherencia o el cumplimiento con la medicación han sido el centro de diversas estrategias orientadas en los pacientes. Dichas estrategias incluyen el contacto telefónico, informaciones detalladas o supervisión asistida por computadora, entre otras. Se han sugerido otros abordajes como, por ejemplo, mediante la simplificación de las dosis o la prestación de servicios de salud en el lugar de trabajo, la provisión de recipientes especiales para los comprimidos, la utilización de recompensas (como la disminución del número de visitas y del costo de tratamiento), y el aumento del compromiso de los participantes a través de recordatorios. Una revisión reciente realizada en ensayos controlados y aleatorizados sobre estas intervenciones halló que la mayoría eran complejas, trabajosas y poco efectivas. La mitad de dichas intervenciones incrementaron la adherencia de los participantes, pero sólo el 17% mejoró los resultados.

Casi todas las estrategias efectivas resultaron complejas e incluyen combinaciones de atención más adecuada, recordatorios, monitoreo, recompensas y terapia familiar.

Sin embargo, aun las intervenciones más efectivas tuvieron efectos modestos. Además, la rentabilidad de estos procedimientos no ha sido establecida.

Otra estrategia destinada a mejorar el pasaje de la información ha sido el incremento de la participación de los pacientes en las decisiones terapéuticas. La atención entrenada comprende intervenciones para incrementar el compromiso de los enfermos en el tratamiento, para ayudarlos a entender su historia clínica, el proceso de atención, y la relación con sus médicos. Unos pocos trabajos han sugerido que este tipo de atención puede mejorar tanto la satisfacción de los pacientes como los resultados, pero el mecanismo exacto de esta interrelación compleja no está aclarado, es trabajoso y costoso...

6 - Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Manía y la Hipomanía en el Trastorno Bipolar

Moreno RA, Moreno DH y Tatzke R

Departamento de Psiquiatría da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Grupo de Estudos de Doenças Afetivas do Instituto de Psiquiatría do Hospital das Clínicas da FMUSP, San Pablo, Brasil

[Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Mania e da Hipomania no Transtorno Bipolar]

Revista de Psiquiatria Clínica 32(Supl. 1):39-48, 2005

Revisión de la información diagnóstica y terapéutica de la manía y la hipomanía, con énfasis en el diagnóstico diferencial y los tratamientos importantes poco abordados.

Las formas típicas del trastorno bipolar (TB), la euforia-manía y la depresión, están bien caracterizadas y son reconocibles, lo que permite el diagnóstico precoz y confiable. La manía es el episodio más característico y a pesar de ser frecuente es poco estudiada y diagnosticada. La hipomanía, la forma más leve, era desconocida por la mayoría de los clínicos y confundida con la normalidad o con trastornos de la personalidad: fronterizo, histriónico, narcisista o antisocial.

Manía

La manía afecta el estado de ánimo (expansivo o eufórico), las funciones vegetativas (sueño, cognición, psicomotricidad y nivel de energía). Un episodio clásico de manía presenta estado de ánimo expansivo o eufórico, disminuye la necesidad del sueño, incremento de la energía, de actividades placenteras, de la libido, inquietud y agitación psicomotriz. El pensamiento es más rápido, el discurso se caracteriza por verborrea y tangencialidad, las ideas pueden ser delirantes. El diagnóstico es más dificultoso cuando hay irritabilidad, ideas delirantes paranoides, agitación psicomotora y síntomas depresivos con labilidad afectiva. Cuando hay muchos síntomas depresivos se denomina episodio mixto o depresión agitada.

Hipomanía

Es un estado parecido a la manía, pero más leve, con un duración de menos de una semana.

Se produce cambio del estado de ánimo habitual hacia la euforia o la irritabilidad, además de hiperactividad, parloteo, disminución de la necesidad de sueño, incremento de la sociabilidad, de la actividad física, iniciativa, actividades placenteras, libido e impaciencia. La hipomanía no requiere hospitalización.

Los estados patológicos de elevación del estado de ánimo se acompañan de varios grados de síntomas depresivos y perjuicios funcionales. En la práctica clínica, el grado de discapacidad y las alteraciones del carácter, como agresividad, agitación, psicosis, ausencia de crítica y de la capacidad de juzgar la realidad, además de los compromisos sociales y laborales, llaman la atención y llevan a la intervención médica.

Los factores que pueden interferir para no reconocer la manía, hipomanía y los estados mixtos pueden ser: no investigar la hipomanía; confundir síntomas psicóticos con esquizofrenia o síntomas hipomaniacos con conductas normales; no diferenciar episodios mixtos de trastornos de conducta, impulsividad con bulimia o con trastornos asociados al uso de sustancias; y no consultar al informante o usar otras fuentes de datos. Los pacientes y sus familiares pueden considerar normal la hipomanía, no buscar tratamientos u olvidar relatar episodios anteriores.

Diagnóstico diferencial

La manía, en particular en las formas más graves asociadas a delirio paranoide, agitación e irritabilidad, suele ser difícil de diferenciar de la esquizofrenia, que en general tiene más delirios no relacionados con el estado de ánimo, síntomas schneiderianos de primer orden (sonorización del pensamiento, alucinaciones auditivas), síntomas negativos como embotamiento afectivo. Las ideas delirantes de grandeza pueden aparecer en la esquizofrenia, pero sin el estado de ánimo expansivo o eufórico observado en la manía...

Novedades seleccionadas (abreviadas)

Microrresúmenes y primeros párrafos de artículos resumidos, con estilo periodístico, en aproximadamente una página. Para continuar con la lectura de sus versiones completas diríjase a las páginas de [siicsalud](http://www.siicsalud.com) que se mencionan debajo de cada uno.

Los trabajos fueron provistos a SIIC por las mismas fuentes científicas mencionadas en las citas; sus full texts se encuentran a disposición de los socios de SAMEFA en www.siicsalud.com/Imr/llistamaestra.htm.

7 - Estrategia para Reducir el Error en el Cálculo de las Dosis de Fármacos

Wheeler DW, Remoundos DD, y colaboradores

Journal of the Royal Society of Medicine 97(8):380-383, Ago 2004


La expresión de la concentración de los fármacos como proporciones y porcentajes provoca mayor confusión que su presentación como masa por unidad de volumen.

Una cantidad sustancial de médicos podrían encontrar confusas las maneras en las cuales las concentraciones de los fármacos están expresadas en las soluciones. Las más frecuentemente utilizadas son los porcentajes, las proporciones –ejemplo 1:1 000– y la masa por unidad de volumen –ejemplo: mg/ml–. Esta última forma sería la que menos errores parece producir en los cálculos de dosis, según un estudio realizado en el Reino Unido.

Existe un potencial de confusión en el cálculo de las magnitudes que deben administrarse debido a los diferentes sistemas de expresión de las concentraciones. Los porcentajes son calculados sobre cien y las proporciones sobre mil. Con el objetivo de cuantificar esta confusión, se realizó un estudio en cuyo diseño se incluyó un cuestionario dirigido a los médicos suscriptos a una comunidad de Internet exclusiva del Reino Unido. En él se incluyeron seis preguntas de tipo *multiple choice* sobre situaciones clínicas habituales. Las drogas a analizar fueron: adrenalina, expresada como proporción; lidocaína, expresada como porcentaje, y atropina, expresada en mg/ml.

El 85.2% de la población contestó correctamente acerca de la dosis de adrenalina, 65.8% lo hizo acerca de la lidocaína, y 93.1% sobre la atropina. Los porcentajes cambiaron al comparar las respuestas que los profesionales dieron basados en su experiencia clínica, no en cálculos matemáticos. Así, las respuestas correctas referidas a la adrenalina treparon a 89.4%, y a la lidocaína a 81%. La tendencia fue distinta para la lidocaína, para la cual sólo el 65% hubiera indicado la dosis correcta sin calcular.

Los autores concluyen que los sistemas de expresión de concentración de fármacos basados en proporciones y porcentajes son confusos y anticuados...

 El InSIIC continúa en www.siicsalud.com/dato/dat041/04d13011.htm

8 - Desviaciones en el Informe de Resultados de Ensayos Aleatorizados

Chan A y Altman D

BMJ 330(7494):753-756, Abr 2005


Las desviaciones en el informe de resultados parecen obedecer a la falta de importancia clínica o de significación estadística.

El informe incompleto de los resultados entre los ensayos aleatorizados publicados parece ser frecuente, y se asocia con la falta de significación estadística.

La desviación en el informe de resultados se refiere al informe selectivo de algunos resultados, pero no de otros, en los ensayos publicados. Recientemente se mostraron pruebas directas de dicha desviación en dos estudios de cohorte que comparan ensayos publicados con sus protocolos originales. Sin embargo, no se sabe si este informe selectivo de resultados podría ser identificado sin el acceso

a los protocolos. Por eso, los autores del presente trabajo buscaron determinar la prevalencia de informes incompletos de resultados en una amplia muestra de ensayos publicados en una base informática de trabajos científicos, así como las razones de la omisión de resultados y el grado de asociación entre la información completa de los resultados y su significación estadística.

Se llevó a cabo una revisión de ensayos de publicación primaria en diciembre de 2000 incluidos en PubMed. Para cada ensayo se revisaron tanto su publicación primaria como cualquier publicación subsecuente en otra fuente, de manera de lograr extraer el número y características de los resultados informados. Se identificó la presencia de resultados no informados si éstos eran descritos en la sección de Métodos pero no en la de Resultados, y se les solicitó a los autores, a través de un cuestionario, que describiesen los resultados que no habían explicitado en su trabajo, preguntando además qué los motivó a no hacerlo...

 El InSIIC continúa en www.siicsalud.com/dato/dat043/05524006.htm

9 - Consideraciones para la Obtención del Consentimiento Informado

Agard A

Nature Clinical Practice. Cardiovascular Medicine 2(6), 2005

Para que el consentimiento informado sea válido el paciente debe haber comprendido adecuadamente la información brindada.

El consentimiento informado (CI) ha sido definido como la autorización autónoma de un individuo a la realización de una intervención médica o a su participación en una investigación. Según las normas profesionales y legales, su obtención es un elemento necesario de la buena práctica clínica. Más allá de la provisión de información a los potenciales participantes, es importante que el médico o el investigador analice la competencia de éstos y su capacidad de comprensión, de manera de promover esta última y facilitar así su participación en el proceso de toma de decisiones.

La definición de los elementos clave de la información que debería ser presentada ante los pacientes, podría mejorar la práctica del CI. Sin embargo, resulta difícil establecer normas estrictas o referirse a estándares particulares acerca de lo que constituye una adecuada provisión de información, en diferentes contextos clínicos. Así, la información brindada debe ser adaptada a las necesidades específicas de cada población, tomando en cuenta factores tales como sus creencias en salud y su contexto cultural. Sin embargo, muchos pacientes no saben qué información es relevante para su decisión, por lo que los investigadores tienen la responsabilidad de proveerlos de la información considerada esencial desde su perspectiva profesional. De esta manera, se asegurarán que los pacientes no basen sus decisiones en falsas creencias. El traslado del significado de los riesgos médicos desde un nivel poblacional hacia otro individual, y la comunicación de la magnitud de estos riesgos a los pacientes, no es una tarea sencilla. La probabilidad de la aparición de un evento adverso puede ser explicada a través de términos cualitativos (alta, moderada o baja, por ejemplo), cuantitativos, o con relación a riesgos no médicos conocidos de la vida cotidiana. Estudios previos demostraron que los médicos no siempre son capaces de percibir las preferencias de sus pacientes; como consecuencia, nunca deberían asumir por sí mismos lo que los pacientes quieren...

 El InSIIC continúa en www.siicsalud.com/dato/dat044/05906007

10 - Aspectos Éticos de la Investigación y Tratamiento de Pacientes con Esquizofrenia

Dunn L

Mental Fitness 3(3):17-23, Mar 2004


Las deficiencias neuropsicológicas, los síntomas psicóticos y la falta de interés pueden afectar la capacidad de estos pacientes para tomar decisiones.

Los investigadores de la psiquiatría parecen estar cada vez más involucrados en la búsqueda de procedimientos que maximicen las capacidades de los pacientes esquizofrénicos para la toma de decisiones, de manera de obtener de ellos su consentimiento informado válido para su participación en protocolos.

La esquizofrenia es una grave enfermedad mental que comprende alteraciones funcionales, ocupacionales y sociales que representan una pesada carga tanto para el paciente como para su familia. Los conceptos de respeto por la autonomía, beneficio, veracidad y justicia son fundamentales en el tratamiento de esta población; el consentimiento informado, como el pilar de la práctica y la investigación clínica ética, comprende estos principios y representa la expresión de los derechos individuales en dicho contexto. En la presente revisión, su autora analiza los elementos del consentimiento informado cuando se refiere a pacientes con esquizofrenia.

Para que un consentimiento informado tenga validez se consideran esenciales tres elementos: la revelación de la información (completa y relevante), la capacidad de decisión (equivalente al concepto legal de competencia, que comprende comprensión adecuada de la información, apreciación, razonamiento y expresión de su elección) y la característica voluntaria de la decisión (autónoma, libre de coerción y reflejo verdadero de los deseos del individuo).

En los pacientes con esquizofrenia, las habilidades para la toma de decisiones pueden verse afectadas por factores cognitivos o psicopatológicos. Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad incluyen síntomas positivos (alucinaciones, conducta o discurso desorganizado) y negativos (apatía, baja afectividad, anhedonia) y usualmente se asocian con discapacidades neuropsicológicas leves a moderadas, las cuales suelen ser estables en el tiempo. Estas habilidades resultan claramente relevantes en la capacidad de toma de decisiones médicas, especialmente en la comprensión y apreciación de los componentes. A pesar de la deficiencia exhibida por estos pacientes en la capacidad de tomar decisiones, éstos suelen mostrar cierta heterogeneidad en este aspecto...

 El *InSIIIC* continúa en www.siicsalud.com/dato/dat043/05621009.htm

11 - La Infección por *Helicobacter pylori* Modifica la Respuesta a las Drogas Antisecretoras

Adachi K, Hashimoto T, Komazawa Y y colaboradores


Digestive and Liver Disease 37(7):485-490, Jul 2005

La infección por esta bacteria influye en la respuesta sintomática a los antagonistas de receptores de hidrógeno en pacientes con reflujo gastroesofágico.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es el resultado de la exposición de la mucosa esofágica a la acción del ácido gástrico, y la eficacia de las drogas antisecretoras para disminuir los síntomas, depende en gran medida de la potencia farmacocinética y de la duración de la supresión ácida. Numerosas investigaciones informaron que el alivio en la sintomatología y la curación histológica se alcanzaron con mayor frecuencia debido al uso de agentes inhibidores de la bomba de protones (IBP) que con drogas antagonistas de receptores H₂ (ARH₂), como también destacaron que la eficacia de estas últimas drogas disminuye conforme se adquiere tolerancia por la administración continua. Por otra parte, la

influencia de *Helicobacter pylori* sobre la fisiología de las células parietales es reconocida. Apoyados en estos conocimientos y de acuerdo con su propia experiencia, los autores destacan que la infección por *H. pylori* influye en la respuesta sintomática a los ARH₂ en pacientes con ERGE, debido a que retardan la aparición de resistencia a la acción farmacológica en tratamientos prolongados.

Los autores llegan a esta conclusión sobre la base de los resultados de un estudio multicéntrico que incluyó 33 pacientes que, una vez enrolados en el estudio pasaron a un esquema de tratamiento que incluyó 20 mg de famotidina por 8 semanas, 15 mg de lansoprazol por otras 8 semanas –que se duplicó cuando el paciente manifestó pirosis– y luego nuevamente famotidina por 2 meses más. Previamente a la inclusión en la investigación, los pacientes estaban recibiendo 20 mg de famotidina, 150 mg de ranitidina o 150 mg de nizatidina como terapia para la ERGE. La infección por *H. pylori* tuvo lugar en 10 pacientes y fue determinada por la medición sérica del anticuerpo respectivo. Los síntomas como pirosis han sido reconocidos como fuertemente ligados a la calidad de vida, y el completo alivio de la sensación urente cobra importancia en el tratamiento de los pacientes con ERGE. Los autores confirman que los IBP son más eficaces que las drogas ARH₂, en particular porque poseen menor posibilidad de tolerancia por el uso prolongado...

 El *InSIIIC* continúa en www.siicsalud.com/dato/dat044/05803004.htm

12 - Efecto de la Combinación de Drogas sobre la Mortalidad en Pacientes con Cardiopatía Isquémica

Hippisley-Cox J y Coupland C

BMJ 330(7499):1059-1063, May 2005


El empleo de combinaciones de estatinas, aspirina y betabloqueantes parece reducir la mortalidad global en aproximadamente 83%.

Las combinaciones de estatinas, aspirinas y betabloqueantes parecen mejorar la supervivencia de los pacientes con enfermedad cardiovascular de alto riesgo.

Ensayos aleatorizados demostraron que las estatinas mejoran la supervivencia de los pacientes con enfermedad cardíaca isquémica (ECI); sin embargo, no parece haberse investigado el efecto de la combinación de las estatinas con aspirina, betabloqueantes e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. La aceptación no crítica de innovaciones médicas, o la falta de indicios que las apoyen, puede resultar en la adopción de tratamientos inefectivos y potencialmente peligrosos. De esta manera, luego de varios años de la adopción en todo el mundo de un medicamento, puede ocurrir que el uso de éste sea limitado o incluso que sea retirado de la venta. Así, con el objeto de evaluar los riesgos y beneficios de los tratamientos en una población, se emplea con éxito la recolección rutinaria de información a partir de bases de datos de profesionales de la medicina general; así, se puede acceder a datos longitudinales de una muestra de gran tamaño y representativa de la población.

Los autores determinaron los efectos de las combinaciones de drogas en la prevención secundaria de la mortalidad por cualquier causa en los pacientes con ECI pertenecientes a una gran muestra poblacional.

Un total de 1.18 millones de pacientes estaban registrados en 89 centros de práctica general pertenecientes a 23 áreas de salud del Reino Unido. Estos centros poseían datos longitudinales de al menos 8 años de antigüedad. Sobre la base de estos datos, fueron analizados los casos de pacientes con diagnóstico de ECI entre 1996 y 2003: fueron considerados «casos» aquellos pacientes con esta entidad que murieron, y se consideraron «controles» a aquellos apareados en edad, sexo y año de diagnóstico que permanecían vivos en el momento en que, en cada caso, fallecía el «caso» apareado...

 El *InSIIIC* continúa en www.siicsalud.com/dato/dat044/05802012.htm

Contacto Directo

con expertos

Los socios de SAMEFA pueden contactarse con los integrantes de los comités científicos, corresponsales y consultores médicos de SIIC citados en la página www.siicsalud.com/main/geo.htm.

Las consultas a especialistas de "lengua no hispana o portuguesa" deben redactarse en inglés; previo a sus envíos, SIIC las supervisará para facilitar la respuesta de los expertos.

Las solicitudes de fotocopias, consultas a bases de datos, etc., no corresponde sean canalizadas por el sistema de Contacto Directo. Para esos casos, comunicarse con admiedit@siicsalud.com.

con autores distinguidos

Para relacionarse con los autores cuyos artículos fueron seleccionados en esta edición, cite a la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) y a la colección Trabajos Distinguidos.

TD N°	Título	Dirección
-	La medicina farmacéutica...	• Eduardo de La Puente. Bernardo de Irigoyen 248, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
1	Neumonía Aguda Adquirida...	• Dr. Carlos Bantar. Colón 128 (3100) Paraná, Entre Ríos, Argentina
2	El Proyecto de Investigación Clínica...	• Dra. Silvia Zieher. Roosevelt 2745 8° B (1428) Buenos Aires, Argentina
3	TEMPS-A: Progreso hacia...	• Dr. H. Akiskal. International Mood Center, 3350 La Jolla Village, San Diego, CA 92161 EE.UU.
4	Resistencia a la Aspirina...	• Dirigir la correspondencia a Sociedad Iberoamericana de Información Científica
5	Desafíos en el Traslado...	• Dr. Nananda F. Col. Rhode Island Hospital Division of General Internal Medicine –MPB-1 593 Eddy Street Providence, RI 02903, EE.UU.
6	Diagnóstico, Tratamiento y...	• Dirigir la correspondencia a Sociedad Iberoamericana de Información Científica
7	Estrategia para Reducir...	• Dr. D. W. Wheeler. University Department of Anaesthesia, Box 93, Addenbrooke's Hospital, Hills Road, Cambridge CB2 2QQ, Reino Unido
8	Desviaciones en el Informe...	• Dr. An-Wen Chan. University Health Network, Department of Medicine, Suite RFE, 3-805, 190 Elizabeth Street, Toronto, ON M5G 2C4, Canadá
9	Consideraciones para la Obtención...	• Dirigir la correspondencia a Sociedad Iberoamericana de Información Científica
10	Aspectos Éticos de la Investigación...	• Dirigir la correspondencia a Sociedad Iberoamericana de Información Científica
11	La Infección por <i>Helicobacter</i> ...	• Dr. K. Adachi. Department of Gastroenterology and Hepatology, Shimane University, School of Medicine, 89-1 Enya-cho, Izumo-shi, Shimane 693-8501, Japón
12	Efecto de la Combinación de...	• Dra. Julia Hippisley-Cox. Division of Primary Care, School of Community Health Sciences, University Park, Nottingham NG2 7RD, Reino Unido

Eventos recomendados

Los acontecimientos científicos recomendados por SIIC y SAMEFA se destacan por su utilidad para la actualización de los profesionales iberoamericanos.

■ III International Symposium: A Practical Approach to Infectious Diseases 2005, Hot Topics on Immunizations and Antimicrobials

Organiza: FIDEC

Miami, EE.UU.

18 al 20 de septiembre de 2005

Tel: 1 (305) 858 8715

Correo electrónico: info@smgmedical.com

Dirección de Internet: <http://www.emedlearning.com/idsymposium>



www.siicsalud.com/dato/dat044/05824001.htm

■ 27° Congreso Argentino de Medicina Interna

Organiza: Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

Buenos Aires, Argentina

18 al 21 de septiembre de 2005

Tel: 54 11 4815 0312

Correo electrónico: smiba@fibertel.com.ar

Dirección de Internet: <http://www.drwebsa.com.ar/smiba>



www.siicsalud.com/dato/dat044/05824004.htm

■ Hypertension Update

Organiza: Hampton Medical Conferences Ltd.

6 al 8 de octubre de 2005

Stratford upon Avon, Reino Unido

Dirección de Internet: <http://www.hamptonmedical.com>

■ NARD-NCPA, National Association of Retail Druggists Annual Convention & Trade Exposition & National Community Pharmacists Association Meeting

Organiza: Natl. Community Pharmacists Assn.

Fort Lauderdale, EE.UU.

16 al 20 de octubre de 2005

Dirección de Internet: www.ncpanet.org

■ 34th European Symposium on Clinical Pharmacy: Patient Profiling - Key to Successful Treatment

Organiza: European Society of Clinical Pharmacy

Amsterdam, Países Bajos

26 al 29 de octubre de 2005

Tel: 003227431542

Correo electrónico: info@ascpweb.org

Dirección de Internet: <http://www.escpweb.org>



www.siicsalud.com/dato/dat040/04n08007.htm

■ ECCO 13, the European Cancer Conference

Organiza: Federation of European Cancer Societies

Paris, Francia

30 de octubre de 2005 - 3 de noviembre de 2005

Tel: 0032 2 775 02 01

Correo electrónico: ECCO13@fecb.be

Dirección de Internet: <http://www.fecb.be/emc.asp>



www.siicsalud.com/dato/dat044/05902013.htm

■ EMBEC'05 3rd European Medical & Biological Engineering Conference/European IFMBE Biomedical Engineering Conference

Organiza: Czech Society for Biomedical Engineering and Medical Informatics

Praga, República Checa

20 al 25 de noviembre de 2005

Tel: +420 224 266 201-4

Correo electrónico: cls@cls.cz

Dirección de Internet: <http://www.embec05.org>



www.siicsalud.com/dato/dat040/04n23000.htm

■ National Council for Prescription Drug Programs Annual Meeting

Organiza: Natl. Council f. Prescription Drug

Phoenix, EE.UU.

16 al 19 de marzo de 2006

Dirección de Internet: <http://www.ncpd.org>

■ 26th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine

Organiza: Promotions des Soins Intensifs

Bruselas, Bélgica

21 al 24 de marzo de 2006

Tel: +32 2 555 36 31

Correo electrónico: sympicu@ulb.ac.be

Dirección de Internet: <http://www.intensive.org>



www.siicsalud.com/dato/dat044/05830013.htm

Eventos auspiciados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)



Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Rafael Bernal Castro
Presidente

Directora PEMC-SIIC
Rosa María Hermitte

Consultor Honorario
Carlos Bertolasi

Comité de Expertos
(en formación)

Dra. Alicia Arabehety; Dr. Luis Collia; Dr. Eduardo de la Puente; Dra. Elida González; Dr. Sidney Marques; Dr. Luis Menezes Quintas; Dr. Felipe Rodríguez Davison; Dra. Victoria Vázquez

Consejo Superior

Programa SIIC de Educación Médica Continua (PEMC-SIIC)

Elias N. Abdala, Miguel Aievato, Arturo Arrighi, Laura Astarloa, Eduardo Baldi, Michel Batlouani, Pablo Bazerque, Carlos Bertolasi, Alfredo Buzzi, Rafael Castro del Olmo, Marcelo Corti, Carlos Crespo, Reinaldo Chacón, Juan C. Chachques, Jorge Daruich, Blanca Diez, Bernardo Dosoretz, Ricardo Druet, Juan Enrique Duhart, Miguel Falasco, Germán Falke, Pedro Figueroa Casas, Juan Gagliardi, Jorge García Badaracco, J.G. de la Garza, Estela Giménez, David Grinspan, Vicente Gutiérrez Maxwell, Alfredo Hirshon Prado, Rafael Hurtado, Leon Jaimovich, Silvia Jovitis, Miguel A. Largaña, Antonio Lorusso, Néstor P. Marchant, Olindo Martino, Carlos Mautalén, Pablo Mazure, José María Méndez Ribas Alberto Monchablón Espinoza, Oscar Morelli, Amelia Musacchio de Zan, Roberto Nicholson, Rodolfo Sergio Pasqualini, Santiago Pavlovsky, Jorge A. Pilheu, Eduardo Pro, María Esther Rí, Gonzalo Rubio, Ariel Sánchez, Amado Saúl, Elsa Segura, Fernando Silberman, Artun Tchoulajman, Norberto Terragno, Roberto Tozzini, Marcelo Trivi, Máximo Valentiniuzzi, Eduardo Vega, Alberto M. Woscoff, Roberto Yunes, Ezio Zufardi.

Registro Nacional de la Propiedad

Intelectual en trámite. Hecho el

depósito que establece la ley

Nº 11723. Los textos que en esta

publicación se editan expresan la

opinión de sus firmantes o de los

autores que han redactado los

artículos originales. Trabajos

Distinguidos/Trabajos Destacados

y Temáticas Maestros son marcas y

procedimientos internacionalmente

registrados por la Sociedad

Iberoamericana de Información

Científica (SIIC). Prohibida la

reproducción total o parcial por

cualquier medio sin previa

autorización por escrito de SIIC.

SIIC, Consejo de

Dirección:

Edificio Calmer

Avda. Belgrano 430,

(C1092AAR),

Buenos Aires, Argentina.

Tel.: +54 11 4342 4901

www.siicsalud.com

El artículo completo

se publica en

www.siicsalud.com

Información adicional en

www.siicsalud.com

RETIRACIÓN DE CONTRATAPA

CONTRATAPA