

EDITORIAL

LA REVISTA DE LA FACULTAD

Esta Revista de la Facultad de Medicina, uno de nuestros más preciados bienes, cuyo primer número apareció en junio de 1932, y a través del tiempo sus páginas han recogido conocimientos, investigaciones, propuestas y debates académicos de los profesores y sus estudiantes. Alberga buena parte de la historia de la Facultad que conservamos con respeto. Sin embargo, como tantas cosas buenas en el país, ha pasado por dificultades financieras, y en 1986 dejó de publicarse. Un intermedio de silencio que nos hizo menos visibles al país, nos escondió durante casi siete años; ojalá que nunca vuelva a suceder.

Hace once años el Consejo de la Facultad encargó al Profesor Álvaro Rodríguez Gama de su edición, y la revista comenzó a circular nuevamente en enero de 1993 y por algún tiempo con el apoyo económico de la Asociación de Ex alumnos de Medicina de la Facultad. El Dr. Rodríguez ha cumplido con tesón, dedicación y compromiso esa tarea, que el Consejo le agradece. Le dio a la carátula colorido artístico, consiguió su indexación en Colciencias y la revista ha sido en estos años instrumento de difusión de aportes al conocimiento clínico o técnico, de reflexiones teóricas, pedagógicas y éticas, ha sido el reflejo del trabajo cotidiano de profesores y estudiantes.

Ahora el Dr. Rodríguez ha querido retirarse de la revista y el Consejo ha designado al Profesor Germán Enrique Pérez Romero en la dirección editorial de la revista. Sin perder la experiencia acumulada, queremos que la revista sea cada vez mas atractiva para un rango de población mayor, no solo para los integrantes de la comunidad académica, sino también para egresados de todas las profesiones de la salud y además para cualquier persona que encuentre en la revista un rincón de divulgación, con un mensaje sobre la mejor manera *para estar en forma*, con cortos temas de interés general, como la nutrición o el ejercicio, la genética o el cuidado postoperatorio en casa. En este número incluimos la primera entrega de *para estar en forma*.

Quiero que la revista sea un medio amable y atractivo para compartir lo que hacemos, socializar lo nuevo, revisar lo establecido y enseñar lo que sabemos a los profesores de todas las escuelas, a los profesionales, a los estudiantes y la comunidad en general. Que propicie la participación de investigadores y maestros de todas las universidades invitándolos a que publiquen aquí sus artículos.

La revista, además de preservar su misión natural de difundir las investigaciones originales de profesores y estudiantes, propósito que siempre habrá de conservar, también debe asumir la responsabilidad social de la universidad pública, en cuanto al compromiso de difundir conocimientos de relevancia general; nuestros aportes, que de todas maneras son valiosos, no son los únicos.

Circula por el mundo una constelación de conocimientos nuevos, de los que nos apropiamos, y que en la cotidianidad académica son escogidos, revisados, filtrados, analizados, criticados y enseñados.

dos; son el insumo natural del trabajo académico. Esos conocimientos no se deben quedar reverberando en la rigurosa privacidad del claustro; deben salir de allí, deben ser ofrecidos a todos como un aporte adicional de la universidad de la nación. Quién, sino los académicos? para escoger lo más útil, lo más importante, lo verdaderamente pertinente del conocimiento universal.

Mi mensaje a los profesores y a los estudiantes de pregrado y postgrado, es que le aporten a la revista escritos breves, que contengan resúmenes de los artículos que a diario revisan en sus actividades académicas, con un corto análisis de la validez, el significado, la aplicación, o la trascendencia de ese estudio. Por supuesto esto no es nada nuevo; lo están haciendo en muchas partes del mundo para responder a la imperiosa necesidad de actualización que tenemos, pero a la que se oponen las presiones del trabajo que no dan tiempo a la lectura, y con el agravante de que la lectura indiscriminada o sin objetivo preciso resulta ineficiente.

Recibimos con gratitud y simpatía, que maestros dignos de todo crédito, pongan la actualización a nuestro alcance de manera ágil y oportuna. En efecto, revisar y seleccionar lo útil de la literatura médica, es un trabajo arduo; pero en la universidad se hace a diario y puede difundirse sin reserva. La noticia, y sobretodo la noticia científica, debe ser de dominio público.

Rodrigo Díaz Llano

Decano. Magíster en Salud Pública

Correspondencia: rodrigo@colnodo.apc.org

COMENTARIOS EDITORIALES

Mortalidad por cánceres del aparato digestivo

En éste número de la *Revista*, Angel et al presentan los resultados de un interesante trabajo sobre tendencias en la mortalidad por cánceres del tubo digestivo en Colombia y en las diferentes zonas geográficas del país.

El trabajo hace un gran aporte por cuanto resalta la tendencia hacia la disminución en la mortalidad por cánceres de esófago y estómago y el aumento progresivo en la mortalidad por cánceres de colon y páncreas. Los investigadores muestran también como el patrón geográfico muestra una mayor mortalidad por cánceres de las vías digestivas superiores (esófago y estómago) en áreas rurales; mientras que las mortalidades más altas por cáncer de colon se dan en zonas geográficas más industrializadas (Antioquia-Bogotá).

El trabajo fue retrospectivo y empleó como dato primario la base de datos del DANE, alimentada con los certificados de defunción desde el año 1979 al año 1998, por tanto; constituye un reporte basado en “cifras oficiales”, cuya calidad puede haber fluctuado a través de dos décadas, paralela al rigor con que se haya realizado el diligenciamiento de los certificados de defunción en cada momento. Estimar tasas a partir de cohortes “simuladas” puede llevar a sesgos en las estimaciones, por cuanto no existe suficiente estandarización en el método de recolección de los datos y no existe consenso sobre el manejo que se dará a situaciones como subreporte, no respuesta, duplicación de registros, etc.

A pesar de ello, el trabajo es un esfuerzo de compilación sumamente útil y valioso que permite orientar acciones de Salud Pública en prevención y detección temprana de cánceres del tubo digestivo a las zonas con mayores tasas de mortalidad. La investigación además alerta sobre la transición epidemiológica ya evidenciada en otras patologías (por ejemplo, enfermedad cardiovascular) hacia el perfil de los países desarrollados sin haber superado aún las enfermedades derivadas de la pobreza como la desnutrición y su atraso científico y tecnológico.

En el texto del artículo se incurre en ocasiones en imprecisiones, al hacer referencia indistintamente a los cánceres y a la mortalidad que ocasionan, afirmando por ejemplo que los carcinomas esofágico y gástrico tienen una tendencia significativa a la disminución. Si el único dato primario que emplearon los investigadores fueron los certificados de defunción, es imposible conocer la auténtica incidencia (Nuevos casos / unidad de tiempo) de los carcinomas estudiados. Es posible, cuando más; estimar la mortalidad ocasionada por esos cánceres, que puede o puede no estar altamente correlacionada con la incidencia, toda vez que la tasa de mortalidad tiene otros determinantes además de la incidencia.

Los investigadores calcularon un punto en el tiempo en el cual se espera que las tasas de mortalidad por cáncer gástrico y de mortalidad por cáncer de colon se equiparen (año 2045), de continuar las tendencias descritas en el periodo estudiado. Los autores refieren haber realizado la estimación mediante regresión lineal, pero no se incorpora un intervalo de confianza para la predicción, que es un elemento esencial cuando se

realizan predicciones basadas en métodos de regresión. Adicionalmente, los autores sugieren en la discusión que la tendencia de mortalidad no seguía un patrón lineal, surge entonces la pregunta: ¿Por qué no intentar ajustar un modelo no lineal?

Los autores refieren que uno de los objetivos del estudio era identificar las regiones y subregiones colombianas de mayor riesgo para el desarrollo de cada tipo de cáncer. Tratándose de un estudio observacional y retrospectivo, por principio no es posible establecer relaciones de riesgo; puesto que la secuencia de causalidad no está establecida (no se sabe si lo primero que apareció fue el cáncer o la residencia en determinado lugar).

Podrían, eso sí, calcularse riesgos relativos indirectos (odds ratio); que brindarían una idea cuantitativa de que tan fuertemente asociadas se encuentran la residencia en una determinada zona geográfica con la probabilidad de morir por determinado cáncer, sin embargo tales medidas no se presentan en el artículo. Para una aproximación de éste tipo se podría haber empleado regresión logística, ya que los métodos multivariados empleados en el estudio son esencialmente descriptivos.

El trabajo de Angel et al es un aporte significativo a la salud pública y la medicina preventiva en nuestro país, pequeños detalles de método habrían refinado sus resultados.

Dr. Carlos Olimpo Mendivil A.

Profesor Adjunto
División de Lípidos y Diabetes
UBGAA de Ciencias Fisiológicas
Facultad de Medicina

Meningitis aguda. Diagnóstico y tratamiento

La meningitis aguda continúa siendo causa importante de morbilidad y mortalidad en países no industrializados como el nuestro. En este número la profesora Saavedra presenta una oportuna revisión de los principales aspectos clínicos y epidemiológicos de una entidad que cambia con el tiempo y demanda permanente alerta para su diagnóstico y tratamiento (1).

El espectro clínico y epidemiológico de la meningitis aguda están variando entre nosotros, al igual que lo hizo en los países industrializados desde 1995 y como resultado de las campañas de vacunación que incluyen ahora la aplicación de vacunas para *Haemophilus influenzae* para los infantes menores (2). Ello ha cambiado el espectro de los agentes etiológicos como bien se señala en la revisión de la profesora Saavedra y ha desplazado a los extremos de la vida su presentación, haciendo más complicado el diagnóstico ya que en menores de un año y ancianos mayores de 65 los elementos clínicos presentan diverso valor diagnóstico.

Los hallazgos del examen clínico ameritan un especial análisis. Un meta-análisis realizado por Attia J y colaboradores juzgó la utilidad de los signos clínicos encontrando que en adultos: la tríada de fiebre, rigidez nuchal y alteración del estado de conciencia poseía una sensibilidad diagnóstica del 99%, pero que el valor individual de signos como cefalea o náusea y vómito era pobre (sensibilidad de 30 a 50%). La acentuación de la cefalea con la rotación rápida de la cabeza en sentido horizontal ("jolt") presentó una sensibilidad del 100% y una especificidad del 54%. En virtud de sus hallazgos estos autores recomiendan excluir el diagnóstico de meningitis en ausencia de la mencionada tríada (3). La utilidad de los signos meníngeos de Kernig y Brudzinski fue reanalizada

por Thomas *et al* en un estudio clínico prospectivo más reciente, en el cual se confirmó el diagnóstico mediante análisis del LCR, demostrando una sensibilidad para ambos del 5% y un pobre valor predictivo positivo; la rigidez nucal en cambio obtuvo una alta sensibilidad y un valor predictivo negativo del 100% (4).

En estas condiciones la sospecha clínica de meningitis aguda en pacientes mayores debe sopesarse en virtud de los hallazgos clínicos. La ausencia de fiebre, de rigidez nucal o de alteración de la conciencia hace poco probable el diagnóstico y la realización de una punción lumbar (PL) puede aplazarse para observar la evolución del enfermo. Cuando haya fiebre con alteración de la conciencia o rigidez nucal, incluso en presencia de foco infecciosos establecido, deberá excluirse infección meníngea. Las contraindicaciones absolutas para realizar una PL son pocas, ausencia de pulso venoso en el fondo de ojo u otra indicación de hipertensión intracraneana e infección de la zona de punción; y su utilidad para establecer el diagnóstico adecuado, es alta (5).

El análisis del líquido cefalorraquídeo y su utilidad para confirmar el diagnóstico son otro punto de controversia y su rendimiento varía de acuerdo con el sitio donde se realiza. La pobre estandarización de las prácticas de laboratorio produce bajos niveles de confirmación, incluso en la infección de predominio nosocomial, como se demostró en un estudio de vigilancia epidemiológica realizado entre nosotros (6). La posibilidad de utilizar algunos marcadores de inflamación como proteína C reactiva (PCR) y procalcitonina para distinguir entre meningitis aguda bacteriana y viral dependerá del resultado de mejores estudios clínicos (7).

La creciente resistencia de los cocos a las penicilinas ha reducido la discusión en torno al trata-

miento empírico que se hace, cada vez más, con cefalosporinas. Se adicionará vancomicina o rifampicina en caso de alta sospecha de meningitis por meningococo. La duración del tratamiento entre siete y 10 días, no dispone de evidencia suficiente como tampoco la permanencia en el hospital una vez controlados los síntomas, si bien hay una tendencia creciente a continuar el tratamiento con hospitalización en casa o cuidado ambulatorio (1, 8 -10).

La utilización de esteroides para disminuir la mortalidad y la sordera en niños con meningitis por *H. Influenzae*, recibió adecuada confirmación por la evidencia algunos años atrás; como lo reseña la profesora Saavedra (1). Recientemente se ha demostrado que una dosis de 10 Mg IV de dexametasona, aplicados 10-15 minutos antes de la primera dosis de antibióticos y cada seis horas durante cuatro días, también reduce la mortalidad y la morbilidad en adultos y niños con meningitis por *S neumoniae*, por lo que su uso parece ahora indiscutible, sin que aumente el riesgo de complicaciones en el paciente o se afecta la penetración de los antibióticos al SNC (11,12)

En conclusión la meningitis aguda continúa presentando interesantes retos diagnósticos, en especial en los adultos y lactantes menores. Su tratamiento empírico, por la evidencia disponible, deberá iniciarse con cefalosporinas y dexametasona, cuando no haya indicio de gérmenes Gran negativos (13).

Germán Enrique Pérez. MD, MSc

Profesor Departamento de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

Referencias

1. **Saavedra M.** Meningitis aguda. Rev Fac Med Univ Nac Colomb 2004; 52: 38-49
2. **Schuchat A, Robinson K, Wenger JD, et al.** bacterial meningitis in the United States. New Engl J Med 1997; 337:970-976.

3. **Attia J, Hatala R, Cook DJ, Wong JG.** The rational clinical examination. Does this patient have acute meningitis? 1999; 282:175-181
4. **Thomas K, Hasbun R, Jekel J, Quagliarello J.** The Diagnostic Accuracy of Kernig's Sign, Brudzinski's sign, and Nuchal rigidity in Adults with suspected Meningitis. Clin Infect Dis 2002; 35:46-52.
5. **Choi Ch.** Bacterial Meningitis in Aging adults. Clin Infect Dis 2001; 33:1380-1385
6. **Pardo R, Pérez GE, Hernández D, González N, Gómez D.** Meningitis bacteriana en el Hospital San Juan de Dios, Santafé de Bogotá. Enero 1°. De 1998-julio 1°. De 1988. Acta Neurol Colomb 1999; 15:67-74
7. **Mary R, Veinberg F, Couderc R.** Acute meningitides, acute phase proteins and procalcitonina. Ann Biol Clin (Paris) 2003; 61:127-137.
8. **Beaman MH, Wesselingh SL.** Acute community-acquired meningitis and encephalitis. MJA 2002; 176:389-396.
9. **Pérez GE.** Infecciones del Sistema Nervioso Central. Trib Med 1988; 98: 141-149
10. **Medina MI, Pompey N, Pérez GE.** Infecciones comunes del Sistema Nervioso Central en Adultos. En Granja M ed. Guía Neurológica 5. Bogotá: Asociación Colombiana de Neurología 2003; 151-166
11. **van de Beek D, de Gans J, McIntyre P, Prasad K.** Corticosteroids in acute bacterial meningitis (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 1, 2004 Oxford: Update Software.
12. **Buke AC, Cavusoglu C, Karasulu E, Karakartal G.** Does dexamethasone affect ceftriazone penetration into cerebrospinal fluid in adult bacterial meningitis. Int J Antimicrob Agents 2003, 21: 452-456.
13. **Gijwani DD, Kunhar MR, Singh VB, Chadda VS, Soni PK, Nayak KC, Gupta BK.** Dexamethasone therapy for bacterial meningitis in adults: a double blind placebo control study. Neurology Indian 2002; 50:63-67.