

La sección incluye estudios relacionados a pedido de SIIC por los mismos autores cuyos correspondientes artículos se citan. Estos trabajos fueron recientemente editados en las revistas biomédicas clasificadas por SIIC Data Bases. Autores prestigiosos que habitualmente escriben en idiomas no hablados en Iberoamérica relatan sus estudios en inglés y SIIC los traduce al castellano.

Los documentos publicados en revistas de lengua inglesa alcanzan una limitada distribución entre los profesionales de América Latina, España y Portugal. Así es como la sección Crónicas de autores selecciona textos de importancia tendiendo un puente de comunicación entre autores y lectores de variados orígenes.

En *siicsalud*, la sección Crónicas de autores publica más información relacionada con los artículos: referencias bibliográficas completas, citas bibliográficas recientes de trabajos en que intervinieron los autores, domicilios de correspondencia, teléfonos, correos electrónicos, direcciones web de las revistas en que editaron los artículos de las crónicas, sus citas en Medline y SIIC Data Bases, palabras clave y otros datos.

Código Ictus. Evaluación médica por un servicio de atención prehospitalaria

Juana Esthela Hernández Saucedo

Emergencias Médicas, Monterrey, México



Hernández Saucedo describe para SIIC su artículo editado en *Medicina Universitaria* 17(69):207-212, Oct 2015. La colección en papel de *Medicina Universitaria* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 2012. Indizada en Imbiomed y SIIC Data Bases.

 www.siicsalud.com/tit/pp_distinguidas.htm
www.siicsalud.com/lmr/ppselecthtm.php

Monterrey, México (especial para SIIC)

Los eventos cerebrovasculares son causa de discapacidad a nivel mundial. En 1996 se estableció un lapso de tres horas o menos para ofrecer el beneficio de la trombólisis, una meta difícil de alcanzar. Este es el único procedimiento que ha marcado cambio en el pronóstico del paciente. El código Ictus es un programa que ha sido adoptado por varios países en todo el mundo, se trata de una herramienta organizada que coordina las estructuras prehospitalarias y hospitalarias con el objetivo de identificar los potenciales candidatos para tratamiento trombolítico y acortar el tiempo de traslado y diagnóstico prehospitalario y hospitalario. La activación de servicios médicos de emergencia (EMS) y transporte por ese tipo de servicios está asociada con una admisión temprana y un aumento de oportunidades de mejor evolución. Hay pocos estudios que analicen este tiempo de transporte. En nuestro país el código Ictus tiene pocos años de haber sido instalado, abarca la participación de todo el sector salud en un afán por estar a la altura de los países europeos y americanos.

El objetivo del estudio fue evaluar el tiempo entre el inicio de los síntomas y la llegada al servicio de urgencias de un hospital como factor pronóstico en pacientes con un evento cerebrovascular atendido por un servicio de emergencias médicas prehospitalarias del área metropolitana de Monterrey.

El nuestro es un servicio de atención prehospitalaria y evaluamos el pronóstico funcional final de los pacientes que atendimos. Nuestro estudio se extendió durante un año, y fueron incorporados 21 pacientes. Se evaluó la asociación del tiempo entre el inicio de la sintomatología y la llegada al servicio de urgencias del hospital de referencia, con la supervivencia y la

aparición de daño neurológico midiendo la razón de momios con su intervalo de confianza del 95%. Los resultados se analizaron con las pruebas exacta de Fisher y de la *U* de Mann-Whitney. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.

Se incluyeron pacientes que presentaban lateralización neurológica en el momento del diagnóstico (debilidad o parálisis repentina, dificultad para hablar, pérdida de visión, dificultad para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación), con una edad de entre 18 y 80 años.

Se excluyeron los individuos que presentaban más de ocho horas de evolución de los síntomas, los pacientes dependientes (incapaces de caminar, asearse o vestirse), con enfermedad terminal, los sujetos asintomáticos a la llegada de la ambulancia, con convulsiones al inicio del ictus, los que presentarían cualquier síntoma o signo que nos hiciera pensar en hemorragia, quienes tuvieran antecedentes médicos de hemorragia digestiva en los últimos tres meses, hepatopatía grave, antecedentes de ictus en los últimos tres meses, hemorragia intracraneal o cirugía mayor en los últimos tres meses.

Los participantes se dividieron en dos grupos, el primero, formado por nueve individuos, estaba integrado por personas con un déficit neurológico grave, y en el segundo grupo se incluyeron 12 pacientes que quedaron con un déficit neurológico mínimo. La edad y el sexo no fueron estadísticamente significativos y el tiempo de respuesta fue similar en ambos grupos, se sometieron a tratamiento trombolítico cinco pacientes (23.8%), dos del grupo 1 y tres del grupo 2. Nuestro estudio no demostró mejoría del pronóstico con el procedimiento de trombólisis, aunque el porcentaje de los pacientes a los que se les ofreció el beneficio es equivalente a lo informado en la literatura mundial. El porcentaje de trombólisis del código Ictus activado varía en las diferentes series entre 12.9% y 26%. De las variables analizadas como factores de riesgo se incluyó la aparición inicial de crisis convulsivas, ya que estas se presentan con un daño neurológico mayor, el antecedente de dislipidemia o insuficiencia renal crónica y antecedentes de toxicomanías como tabaquismo y alcoholismo como factores de riesgo, con un valor de *p* menor de 0.05. Ninguna de las variables

analizadas influyó en el pronóstico de ambos grupos. El estado neurológico que presentó el paciente al inicio del evento sí repercutió en el pronóstico y la mortalidad ($p = 0.018$). La población de este trabajo es pequeña por lo que no se pudo demostrar mejoría del pronóstico a nivel estadístico, pero este es de los pocos trabajos que evalúan el código Ictus en México,

y abre las puertas a futuros ensayos con una población mayor en la sociedad latinoamericana. Nuestro estudio no fue concluyente desde el punto de vista estadístico por el tamaño de la muestra, sin embargo, el valor que tiene es que es de los pocos estudios a nivel mundial que evalúan la respuesta prehospitalaria de este evento vascular.

Conexiones temáticas

Los informes de *Salud(i)Ciencia* se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



Discrepancias según el área esquelética evaluada para establecer la prevalencia de osteoporosis

Silvina Mastaglia

Instituto de Inmunología, Genética y Metabolismo, Ciudad de Buenos Aires, Argentina



Mastaglia describe para SIIC su artículo editado en *Actualizaciones en Osteología* 12(3):162-168, Sep 2016. La colección en papel de *Actualizaciones en Osteología* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 2008. Indizada en EBSCO, Latindex, LILACS, BIREME, Scopus, EMBASE y SIIC Data Bases.

 www.siicsalud.com/tit/pp_distinguidas.htm
www.siicsalud.com/lmr/ppselecthtm.php

Ciudad de Buenos Aires, Argentina (*especial para SIIC*) El conocimiento de la prevalencia de osteoporosis en una población específica es crucial para la elaboración de políticas de salud pública, sin considerar los costos económicos implícitos que tienen las fracturas por fragilidad ósea. En los últimos años han sido publicados numerosos estudios sobre prevalencia de osteoporosis, realizados en diferentes países, lo cual involucra diferentes razas y grupos étnicos. La necesidad de una revisión periódica sobre la prevalencia de osteoporosis se fundamenta en el origen multifactorial; algunos de los factores pueden sufrir modificaciones a través del tiempo, condicionado por la globalización cada vez más creciente.

Actualmente existe discrepancia en la elección del área esquelética necesaria a medir para determinar la prevalencia de osteoporosis. La *International Society for Clinical Densitometry* (ISCD) sugiere evaluar la densidad mineral ósea (DMO) de columna lumbar (CL) y fémur total (FT), mientras que la *International Osteoporosis Foundation* (IOF) sugiere medir solo el cuello femoral (CF).

El análisis de 12 estudios de prevalencia de osteoporosis en mujeres mayores de 50 años publicados entre 2000 y 2016, correspondientes a muestras poblacionales pertenecientes a diferentes continentes (Asia [$n = 8$], América [$n = 2$], Europa [$n = 1$] y Oceanía [$n = 1$]), mostró un subdiagnóstico de la preva-

lencia de osteoporosis del 52% hasta los 80 años si solo se hubiera evaluado la DMO de CF. Cuando se analizó por décadas, la subestimación fue disminuyendo: del 75% en la sexta década de la vida, 58% en la séptima y 22% en la octava década.

Estos resultados son coincidentes con los de Mautalen y colaboradores, quienes evaluaron la prevalencia de osteoporosis en mujeres mayores de 50 años que vivían en la Ciudad de Buenos Aires y alrededores, las cuales, por medio de un anuncio periodístico, fueron invitadas a realizar un examen de DMO. Se evaluaron los estudios correspondientes a 5448 mujeres, realizados durante el período comprendido entre noviembre de 2012 y julio de 2014. Los autores observaron un subdiagnóstico de la prevalencia de osteoporosis del 53% si esta hubiera sido estimada solo por la DMO de CF. Wright y colegas comunicaron resultados similares en un análisis correspondiente a la población de los Estados Unidos, alcanzando un 54% el subdiagnóstico de osteoporosis basado solo en la DMO de CF.

Estos resultados pueden ser explicados por el hecho de que en los primeros años de la menopausia se observa un incremento del remodelamiento óseo debido a una disminución en los niveles séricos de estrógenos. Se estima que en los primeros cinco años de la menopausia se produciría una pérdida promedio de masa ósea del 3% anual, principalmente en las áreas de hueso trabecular, y del 0.5% anual en otros sitios esqueléticos. Durante la menopausia temprana (50 a 65 años) la tasa de pérdida ósea es mayor en el hueso trabecular de los cuerpos vertebrales, en comparación con el hueso trabecular de otros sitios esqueléticos y del hueso cortical, estimándose una tasa de pérdida aproximada de 1.0% a 1.4%/año, lo cual representaría, a 15 años de inicio de la menopausia, una pérdida de masa ósea aproximada del 21%. Este es el fundamento por el cual debería incluirse la evaluación de la DMO de CL para estimar la