

Costa Rica en el Exterior

AIDS Patient Care STDS. 2004 May;18 (5):297-304.

No adherencia a terapia antiretroviral en pacientes VIH-positivos en Costa Rica.

Stout BD, Leon MP, Niccolai LM

Se realizó un estudio transversal en individuos seropositivos por VIH que recibían tratamiento en una clínica de VIH en San José, Costa Rica, para determinar la prevalencia, los predictores y las razones de no-adherencia a la terapia antiretroviral.

A 88 pacientes se les realizó una entrevista estructurada cara-cara. Adherencia se definió como el consumo de un 100% de los medicamentos en los 3 días previos a la entrevista. Se midieron una serie de factores de riesgo, incluyendo información demográfica, conocimiento sobre VIH/sida, logística del régimen y capacidad de manejo de su tratamiento. En el análisis estadístico se incluyó la regresión logística. Ochenta y cinco por ciento de los pacientes tomaron el 100% de su tratamiento en los últimos 3 días. Se correlacionaron con la no-adherencia, la dificultad en encontrar transporte a la clínica (OR=6.3, p=0.01), la incapacidad de separar o identificar sus medicamentos (OR=9.9, p=0.03), y las instrucciones de tomar los medicamentos en ayunas (OR=6.7, p=0.03). Los pacientes VIH-positivos en esta muestra costarricense, fueron bastante adherentes a sus regímenes medicamentosos. Se podría aumentar la adherencia si se mejora el acceso a los medicamentos en las áreas remotas y si a los pacientes se les ayuda a manejar sus medicamentos.

Health Policy Plan. 2004 Sep;19 (5):292-301.

La separación de las finanzas del acto médico: hallazgos de 10 años de trabajo conjunto con cooperativas de salud en Costa Rica.

Gauri V, Cercone J, Briceno R.

Objetivo: Este artículo examina el impacto de la contratación de cooperativas de salud para brindar atención médica.

Metodología: Se utiliza un grupo de indicadores de salud en clínicas tradicionales y en cooperativas de Costa Rica de 1990 a 1999.

Resultados: Tomando en cuenta las características socio-económicas de la comunidad, las tendencias tempo-

rales anuales y la complejidad de la clínica, en promedio las cooperativas lograron de 9.7 a 33.8% más visitas generales (IC: 95%), 27.9 a 56.6% más visitas dentales y 28.9 a 100% menos consultas a especialistas. Los números de casos no médicos, visitas de emergencia y consultas por primera vez per capita, no fueron diferentes de los de las clínicas públicas tradicionales. Estos resultados sugieren que las cooperativas sustituyeron a los especialistas con generalistas, y ofrecieron servicios dentales, no rechazaron pacientes nuevos, no rehusaron casos de emergencia y sustituyeron médicos con enfermeras para brindar la atención. Las cooperativas autorizaron de 30.4 a 60.5% menos días de incapacidad, (IC: 95%), realizaron 24.7 a 37.2% menos exámenes de laboratorio y dieron 26.7 a 38.3% menos medicamentos por visita que las clínicas públicas. El costo total real per capita en las cooperativas fue de 14-7 a 58.9% menor que en las clínicas tradicionales.

Conclusiones: Los hallazgos sugieren que las cooperativas pueden con una legislación adecuada e incentivos, combinar las ventajas de las clínicas públicas con las del abordaje privado de prestación de servicios médicos. Bajo ciertas condiciones pueden mantener accesibilidad, y un sentido de misión y eficiencia en la prestación de cuidado médico.

The Journal of Infectious Diseases 2004; 190: 2154-61

Ocurrencia de clones del *S. pneumoniae* no sensibles a penicilina que expresan serotipos ausentes en la vacuna conjugada antipneumocócica.

Nurith Porat, Adriano Arguedas, Brian G Spratt, Ronit Trefler, Eduardo Brilla, Cecilia Loaiza, Dan Godoy, Nicole Bilek, Ron Dagan.

Antecedentes: Las cepas de *S. pneumoniae* no susceptibles a la penicilina pertenece a un grupo reducido de serotipos. La transformación capsular puede ser utilizada como un mecanismo para diseminar la resistencia antimicrobiana a serotipos nuevos.

Métodos: La identificación molecular mediante electroforesis de pulso (PFGE) y estudios de antibiograma, se realizaron en 46 cepas obtenidas de la nasofaringe y del oído medio (MEF) en cepas expresando el serotipo 11A, 45 cepas obtenidas del MEF que expresaban el serotipo 15 B/C (obtenidas entre 1998-2003 en niños israelitas < de 5 años de edad) y en 57 cepas obtenidas del MEF que expresaban el serotipo 19F (obtenidas entre 1998-2001 de niños costarricenses < 7.5 años de edad).

Resultados: Los patrones del PFGE demostraron que 49 (86%) de 57 cepas con serotipo 19 F y 19 (41%) de 46 cepas expresado el serotipo 15B/C estaban altamente relacionadas. La gran mayoría de cepas (80% de las serotipo 19F y 100% de las serotipo 15 B/C) no eran susceptibles a la penicilina. Pruebas de tipificación mediante secuencias multilocus (MLST) demostraron que el serotipo 15 B/C pertenecía al grupo ST346 mientras que las cepas serotipo 19F pertenecían a una variante uni-locus del grupo ST346. En el caso de las cepas serotipo 11A, los estudios de PFGE y MLST demostraron que 8 (80%) de 10 cepas penicilina -no-susceptibles pertenecían a un clon único, denominado, ST156, el cual era idéntico al clon internacional España⁹ - 3.

Conclusiones: Clones de *S.pneumoniae* no susceptible a penicilina, pertenecientes a serotipos que no están relacionados a los tipos incluidos en las vacunas 11-valentes, pueden originarse de transformaciones capsulares de serotipos incluidos en la vacuna. Motivo de preocupación fue la detección de serotipos 11A como variantes del clon internacional España⁹ - 3. Aunque este fenómeno es relativamente raro en la actualidad, puede tener implicaciones importantes en la efectividad a largo plazo de la vacuna conjugada.

Cartas al editor

Artículo: Guías nacionales para el diagnóstico y tratamiento de acromegalia, prolactinomas y enfermedad de Cushing.

Estimados autores:

Deseo hacer algunos comentarios sobre el artículo Guías para el diagnóstico y tratamiento de acromegalia, prolactinoma y enfermedad de Cushing, publicada en el suplemento N°1 de Acta Médica Costarricense 2004 por el Dr. Chih Hao Chen-Ku.

Únicamente me refiero al tema de prolactinomas, patología también consultada en la especialidad de ginecología y obstetricia.

Las manifestaciones clínicas de la hiperprolactinemia son responsables de síntomas en las mujeres premenopáusicas, pero no en la postmenopausia. El hipogonadismo causa en estas pacientes infertilidad, oligomenorreas y amenorreas, asociada o no con galactorrea¹. Probablemente el 10 al 20% de las amenorreas son por hiperprolactinemia. También se debe señalar que en las mujeres con amenorrea secundaria, el aumento de prolactina cursa con disminución de la masa ósea, que no se restablece a los valores normales, cuando el ritmo menstrual se normaliza².

Debido a la cantidad de mujeres que presentan estos síntomas, es muy difícil realizar a todas estas pacientes una resonancia magnética nuclear, antes de valorar los niveles de prolactina, como refiere las guías. La medición de prolactina se puede realizar en cualquier momento del día, pues la actividad diaria tiene poco efecto en su secreción. Sus niveles séricos aumentan ligeramente con el sueño, estimu-

lación mamaria, ingesta de comidas con alto valor proteico y ejercicio extenuante³.

No cabe duda que la resonancia magnética nuclear es el estudio de mayor sensibilidad que se debe realizar en todas las pacientes con elevación de prolactina, excepto cuando esté documentado que es secundaria a ingesta de medicamentos.

Respecto al tratamiento, en mujeres con micro adenoma asociado con síntomas de hipogonadismo, el medicamento de elección pudiera ser la cabergolina en la mayoría de ocasiones, pues tiene mayor efectividad y menos efectos secundarios. En pacientes que desean embarazo, la bromocriptina es la elección pues existe mas evidencia de menor teratogenicidad, catalogada en categoría B como factor de riesgo en embarazo. Si no se logra disminuir los niveles de prolactina con agonista de dopamina, se puede indicar inducción de ovulación con gonadotropinas o cirugía transesfenoidal. Las pacientes que desean fertilidad futura, se pres-cribe una terapia de reemplazo hormonal con estrógenos y progesterona⁴.

Sugiero que estas guías incluyan el manejo de prolactinomas durante el embarazo, buscando como eso su objetivo, de unificar los criterios y tratamientos de estas patologías en el ámbito nacional, en asocio con la Sociedad de Ginecología y Obstetricia.

*Dr. Donald Fernández Morales
Asistente especialista
Servicio Ginecología
Hospital México*