

orado con el tratamiento farmacológico, y promover su participación activa en la reducción de los riesgos de recaída clínica y de los niveles de desadaptación social⁸.

Rehabilitación cognoscitiva: el objetivo es prevenir las recaídas clínicas⁸.

Cambios en el contenido cognoscitivo: aumentan la habilidad del paciente para afrontar los síntomas psicóticos residuales pero no reducen la posibilidad de recaída clínica.

Intervenciones psicosociales en la familia: la familia del paciente con esquizofrenia, con frecuencia, debe asumir privaciones económicas, aislamiento social y sobrecarga psicológica, además del estrés que ocasionan los síntomas psicóticos, las crisis de agitación y las hospitalizaciones.

Los programas de intervención familiar comprenden sesiones educativas, información sobre la etiología, curso, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, identificación de las casusas estresantes relacionadas con las recaídas clínicas, identificación de las respuestas emocionales de los familiares ante el diagnóstico y el comportamiento del paciente, obtención de expectativas reales, mejoramiento de la comunicación intrafamiliar, entrenamiento en solución de conflictos y empleo de técnicas cognoscitivas comportamentales⁸.

A menudo es necesaria la hospitalización, sobre todo cuando el comportamiento del paciente muestra una gran desorganización.

Tratamiento farmacológico

Indicaciones clínicas: los antipsicóticos se utilizan para tratar todas las formas de esquizofrenia. El índice de mejoría es cercano al 80%. Es posible que los pacientes cuyos síntomas conductuales empeoren con el uso de antipsicóticos tengan algún trastorno orgánico no diagnosticado, como toxicidad por anticolinérgicos⁷.

Es posible que en los casos resistentes se necesite el uso concomitante de litio, carbamazepina o ácido valproico⁷.

Formas y patrones de dosificación: los fármacos antipsicóticos incluyen los neurolépticos típicos así como nuevos neurolépticos atípicos.

Típicos

Clorpromazina: antagonista de los receptores dopaminérgicos D_2 y similares (D_3 y D_5), induce la reducción de la transmisión neuroléptica en el cerebro anterior. También bloquea los receptores serotoninérgicos $5-HT_1$ y $5-HT_2$ lo que induce efectos ansiolíticos y anti agresivos y una atenuación de los efectos extrapiramidales. Finalmente, produce efectos an-

tidepresivos y antiparkinsonianos, aunque también es el responsable de la agitación psicomotora y de la amplificación de la psicosis que a veces se observa en la clínica⁹.

Haloperidol: es la única butirofenona de uso frecuente en la psiquiatría, que tiene acción muy similar a las fenotiazinas. Produce una eficaz sedación psicomotriz, que explica el favorable efecto que produce en manía y otros síndromes de agitación.

Atípicos

Son fármacos neurolépticos de mejor actividad, entre estos tenemos:

Olanzapina: bloqueador potente de los receptores muscarínicos, colinérgicos, $5-HT_2$ y dopaminérgicos D_1 , D_2 y D_4 . Las dosis altas de olanzapina (12.5 a 17.5 mg) parecen ser más eficaces que las dosis bajas. Está disponible en una forma oral soluble para pacientes que no toleran la administración oral estándar, y en forma inyectable para el tratamiento de la agitación aguda relacionada con la esquizofrenia. La olanzapina conlleva una incidencia mucho menor de reacción distónica que el haloperidol y tal vez es menos probable que cause discinesia tardía. Sus efectos secundarios más frecuentes incluyen: cefalea, somnolencia, agitación, nerviosismo, insomnio, mareo y aumento de peso considerable⁹.

Quetiapina: es un neuroléptico que ejerce mayor bloqueo de los receptores $5-HT_2$ que de los D_2 , así como afinidad relativamente alta a los receptores adrenérgicos α_1 y α_2 . Es muy eficaz para tratar síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia con menos efectos secundarios extrapiramidales.

Aripiprazol: es el primer neuroléptico que estabiliza la dopamina¹⁰.

CONCLUSIONES

La esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por sus manifestaciones clínicas y algunas alteraciones específicas en estudios de imagen como la tomografía y la resonancia magnética, además ocasiona una grave disfunción a nivel personal, social y laboral, convirtiendo al paciente en un ser dependiente incapaz de desempeñarse y realizarse por sí solo, por estas razones se debe realizar un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento de estos pacientes para así disminuir sus efectos desoladores.

REFERENCIAS

1. Kaplan I. Harold, Sadock J. Benjamin: **Esquizofrenia**. En: SKaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. 8ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. 279 - 321 p.

2. Jacquet H, Demily C, Houy E, Hecketsweiler B, Bou J, Raux G, et al. **Hyperprolinemia is a risk factor for schizoaffective disorder.** *Mol Psychiatry* 2005; 10(5): 479-85.

3. Psiquiatría. En Manual CTO 6ª edición. Madrid. McGraw-Hill. 2005:23-7

4. Addington AM, Gornick M, Duckworth J, Sporn A, Gogtay N, Bobb A, Greenstein D, et al. **GAD1 (2q31.1), which encodes glutamic acid decarboxylase (GAD67), is associated with childhood-onset schizophrenia and cortical gray matter volume loss.** *Molecular psychiatry* 2005; 10: 581-8.

5. Freedman R. **Schizophrenia.** *N Engl J Med* 2003; 349(18): 1738-49.

6. Kaplan I. Harold, Sadock J. Benjamin: **Esquizofrenia.** En: Síntesis de Psiquiatría. 8ª edición. 519- 56.

7. Stuart J. Eisendrath, MD, Jonathan E. Lichtmacher, MD: **Trastornos Psiquiátricos.** En: Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis. **Diagnóstico Clínico y Tratamiento** (traducción de la 46ª edición en inglés). Mexico D.F.; Mc Graw/Hills Companies. 2007. 1081- 7.

8. Jorge Telléz – Vargas: **Tratamiento Psicosocial de la Esquizofrenia.** Disponible en: www.psiquiatriabiologica.org

9. Rosenbloom M. Chlorpromazine and the psychopharmacologic revolution, *JAMA*: 2002 Apr 10; Vol. 287 (14), pp. 1860-1

10. Mota Neto JS, Silva de Lima M, Soares B, Silveira da Mota Neto JI, Silva de Lima M. et al: **Amisulprida para la esquizofrenia.** *Cochrane Plus* 2008. 3.

Fe de erratas

Caso clínico 1-2009: Miomectomía durante el embarazo. *Revista Ciencia Médica* 2009, volumen 12. Número 1:14-7—En el texto, en la primera oración del primer párrafo (página 14), usted debió haber leído, “Los miomas, leiomiomas o fibromiomas son tumores benignos”; en la tercera oración del primer párrafo debió haber leído, “siendo más frecuente en el grupo etario de 35 a 50 años^{2,4}”; en el sexto párrafo (página 15), usted debió haber leído, “compresión de órganos vecinos como ser: vejiga, uréteres y recto, entre otros²”.

Bajo el título de “Presentación del caso”, en la primera oración del octavo párrafo (página 16), debió haber leído, “La evolución postquirúrgica fue satisfactoria, se mantuvo el embarazo con evolución favorable”. En el segundo párrafo bajo el título de “Discusión” (página 17), debió haber leído, “durante los controles prenatales de la paciente (pre y postquirúrgico) del caso clínico presentado”; en el séptimo párrafo debió haber leído, “Creemos que la conducta fue acertada, a pesar de la poca experiencia en este procedimiento durante el embarazo”.

Caso clínico 2-2009: Fístula colecisto-umbilical espontánea secundaria a colecistolitiasis. *Revista Ciencia Médica* 2009, volumen 12. Número 1:18-21—Bajo el título de “Resumen” (página 18), en la tercera oración usted debió haber leído, “Paciente sexo femenino, 47 años de edad, presento cuadro clínico de dolor abdominal de 25 años de evolución”; en la cuarta oración debió haber leído, “visualizándose trayecto fistuloso de la vesícula biliar al ombligo”.

En el texto, en la segunda oración del primer párrafo (página 18), debió haber leído, “La fístula colecistocutánea (en el NEJM está como colecisto-cutánea pero en el resto de su bibliografía esta como colecistocutánea; tú decides como lo colocas en la revista) espontánea (FCCE) es una forma poco frecuente”; en el cuarto párrafo usted debió haber leído, “-pueden ser externas o internas, espontáneas o postoperatorias⁵.”; en la tercera oración del mismo párrafo debió haber leído, “Mas del 90% de la fístulas espontáneas se asocian a colecistolitiasis”. En el quinto párrafo del texto usted debió haber leído, “El objetivo de este trabajo es informar el caso de una paciente con fístula colecistocutánea espontánea, secundaria a colecistolitiasis”.

Bajo el título de “Discusión” (página 19), en el acceso de “TAC de abdomen” debió haber leído, “-con compromiso de cabeza de páncreas y fosa vesicular, no descartándose metástasis a nivel del segmento 1 y 2 hepático”. Bajo el título de “Conducta” (página 19), en el acceso de “Cultivo de secreción umbilical y antibiograma” debió haber leído, “-sensible a Ciprofloxacina, Gentamicina y Trimetoprim-sulfametoxazol”.

En el texto, en el primer párrafo bajo el título de “Conclusiones” (página 20), usted debió haber leído, “La fístula colecistocutánea espontánea debe sospecharse por las características del cuadro clínico”. Bajo el título de “Discusión y comentario” (página 20), en el primer párrafo debió haber leído, “La fístula colecistocutánea espontánea es una presentación atípica de colecistolitiasis”; en el tercer párrafo usted debió haber leído, “-secreción por formación de fístula colecistocutánea a través del orificio umbilical con un periodo de evolución de 2 meses”.

Parasitología Basada en Evidencias: Una Nueva Filosofía en el Estudio y Manejo de las Enfermedades Parasitarias

Evidence Based Parasitology: A New Philosophy in the Study and Management of Parasitic Diseases

Dr. Alfonso J. Rodríguez Morales

Cátedra de Salud Pública,
Departamento de Medicina Preven-
tiva y Social, Escuela de Medicina
Luis Razetti, Facultad de Medicina,
Universidad Central de Venezuela,
Caracas, Venezuela.

Correspondencia a:
Dr. Alfonso J. Rodríguez Morales
ajrodriguez_m_md@hotmail.com

RESUMEN

En el presente artículo de revisión se describen los principios básicos que dieron origen a una nueva filosofía de trabajo en la medicina clínica a partir de los conceptos de la epidemiología aplicada en dicha área, la Medicina Basada en Evidencias, y el potencial desarrollo de áreas integradas como la Parasitología Basada en Evidencias, que se constituye ahora como una nueva filosofía en el estudio y manejo de las enfermedades parasitarias.

ABSTRACT

This review article describes the basic principles that gave rise to a new philosophy of working in clinical medicine from the concepts of applied epidemiology in this area, evidence-based medicine, and integrated area development potential as Evidence Based Parasitology, which is now established as a new philosophy in the study and management of parasitic diseases.

Palabras claves: parasitología,
Medicina Basada en Evidencias,
Epidemiología Clínica.

Keywords: parasitology, Eviden-
ce Based Medicine, Clinical Epi-
demiology.

INTRODUCCIÓN

Con los cambios en los paradigmas de la enseñanza y de la práctica en la medicina a finales de los 70's y 80's, confluyeron a nivel mundial las ideas para la emergencia de una nueva visión, disciplina y filosofía de la práctica de la medicina, que tuvo como centro fundamental el emplear las herramientas estadísticas y metodológicas de la epidemiología aplicada a la práctica de la medicina individual (epidemiología clínica) pero apoyado a su vez en paralelo con la nueva disponibilidad de información eficiente, de alta calidad y de alto contenido científico, a través del uso del Internet. Dicha disciplina, fundada por David Sackett en Canadá, es conocida como Medicina Basada en Evidencias¹.

La MBE se configura entonces como una filosofía y una nueva disciplina médica que puede entenderse en el marco de tres elementos que comprenden su existencia²: 1) el uso de la mejor evidencia científica disponible, 2) aunado a la experiencia y práctica clínica del médico, 3) en conjunto con las expectativas y aptitudes del paciente para tomar las mejores decisiones posibles en cuanto a los diferentes aspectos del diagnóstico, tratamiento y prevención de las condiciones de salud y enfermedad en el paciente en la práctica clínica habitual³.

El impacto que esta aproximación ha tenido ha sido

tal, que en los últimos 10 años, posterior a su generalización, ha empezado a especializarse su uso en las diferentes áreas de la medicina clínica, por ejemplo, Cardiología Basada en Evidencias⁴, Pediatría Basada en Evidencias⁵, Reumatología Basada en Evidencias⁶, entre otras, pero también en áreas médicas no clínicas, como por ejemplo, la Salud Pública Basada en Evidencias⁷, e incluso hoy en día se ha extendido a áreas de las ciencias de la salud y biomédicas como la Nutrición Basada en Evidencias⁸, Medicina Veterinaria Basada en Evidencias⁹, Fisioterapia Basada en Evidencias¹⁰, entre otras, y recientemente se ha hablado de Parasitología Basada en Evidencias y de Medicina Tropical Basada en Evidencias^{11,12}.

En el presente artículo de revisión se analiza la importancia de la MBE en la medicina actual así como particularmente la emergencia de esta nueva disciplina especializada, como sería la PBE¹² y su importancia en el estudio y manejo de las enfermedades parasitarias.

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Como se ha mencionado la MBE busca ofrecer una metodología de trabajo en la cual se tomen las mejores decisiones posibles en relación con aspectos diagnósticos, terapéuticos y preventivos a partir de

Abreviaciones y acrónimos utilizados en este artículo:
MBE = Medicina Basada en Evidencias.
PBE = Parasitología basada en Evidencias

Citar como:
Rev Cient Cienc Med 2009;12(2):
38-41

la obtención de los mejores resultados disponibles obtenidos de búsquedas de información científica con diferentes grados de evidencia^{13,14}, los cuales son valorados a la luz de criterios estadísticos y epidemiológicos, con el objetivo final de tomar las mejores decisiones posibles frente a cualquier situación clínica, considerando la experiencia profesional y las aptitudes del paciente.

La MBE se fundamenta en una aproximación sumamente crítica a la literatura, la cual es cuidadosamente valorada para tomarla en cuenta en la práctica profesional. Así, de cada artículo original o de cada revisión sistemática de la literatura, entre otros tipos de contribuciones científicas, se hace una clasificación de acuerdo a los niveles de evidencia científica que permiten discernir cual es aquel que aporta mas en la decisión final relacionada a la pregunta inicial que genera la evaluación crítica de la literatura con respecto a dicho tópico revisado¹⁵⁻¹⁸.

Esto nos lleva directamente a discutir los pasos fundamentales de la MBE, que a saber son 5, el primero de los cuales es la formulación de una pregunta clínica razonable o contestable¹³⁻¹⁹. Posteriormente, la identificación de la mejor evidencia científica disponible que va a responder a dicha pregunta. El análisis crítico de la evidencia en cuanto a su validez, impacto y aplicabilidad. La integración de dicho análisis crítico con la experticia clínica y biológica y los valores y aspectos culturales del paciente. Finalmente, la evaluación de nuestra efectividad y eficiencia en la ejecución de dicho proceso²⁰.

PARASITOLOGÍA BASADA EN EVIDENCIAS

Como se introdujo, la aplicación de la metodología y la filosofía de la MBE han sido implementadas en diferentes áreas científicas, ahora incluyendo la Medicina Tropical y la Parasitología^{4-6,11,12,21-24}.

Con dicha concepción, ya se ha introducido el concepto de Parasitología Basada en Evidencias¹². Dado que la Parasitología es una disciplina científica muy amplia en cuanto a las profesiones que puede integrar en su especialización, como la biología, medicina, bioanálisis, farmacia, medicina veterinaria, salud pública, entre muchas otras, la aproximación a los conceptos básicos de la MBE también son mas amplios. Podría definirse la PBE como el uso de las mejores evidencias científicas, aunadas al conocimiento profesional y al mejor beneficio del individuo y del colectivo, donde este es partícipe activo, en el área del estudio y manejo de las enfermedades parasitarias.

Dada dicha definición, la aplicación mas directa e inmediata de la PBE seria al nivel individual de atención, es decir a la parasitología médica, donde se aplicarían los principios básicos de la MBE en la atención

del individuo con enfermedades parasitarias. Pero mas allá de ello, tal y como ocurre en la Salud Pública Basada en Evidencias²⁵, también se puede plantear la aplicación de la PBE a nivel colectivo, por ejemplo en diferentes intervenciones colectivas relacionadas al diagnóstico, tratamiento, prevención y control de las enfermedades parasitarias.

Sobre la búsqueda sistemática de la información en parasitología, muchos autores han descrito múltiples estrategias y herramientas informáticas que hoy en día aportan lugares donde se pueden obtener evidencias científicas en cualquier área específica de dicha disciplina²⁶.

Sin embargo, en los lugares recomendados por la MBE se pueden obtener evidencias científicas en parasitología, tales como *TripDataBase*[®] (<http://www.tripdatabase.com/>), *ACP Journal Club*[®] (<http://www.acpjc.org/>), *UpToDate*[®] (<http://www.uptodate.com/>), *PubMed*[®] (<http://www.pubmed.com/>), *Excelencia Clínica*[®] (<http://www.excelenciaclinica.net/>), *Bireme*[®] (<http://www.bireme.br/>), *Cochrane*[®] (<http://cochrane.bvsalud.org/>), *BMJ Clinical Evidence*[®] (<http://clinicalevidence.bmj.com/>), entre otros.

Recientemente la Universidad de McMaster, en Hamilton, Ontario, Canadá, se encuentra impulsando un sistema de calificación de la evidencia científica en todas las áreas médicas, incluyendo la parasitolo-

| Artículo | Relevancia (mínimo 1, máximo 7) | Originalidad (mínimo 1, máximo 7) | Referencia |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|------------|
| <i>Home management of malaria with artemether-lumefantrine compared with standard care in urban Ugandan children: a randomised controlled trial</i> | 7 | 6 | 21 |
| <i>Antiamoebic drugs for treating amoebic colitis</i> | 7 | 6 | 22 |
| <i>Safety and immunogenicity of RTS,S/AS02D malaria vaccine in infants</i> | 7 | 7 | 23 |
| <i>Interventions for American cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis</i> | 6 | 6 | 24 |

Cuadro 1: Ejemplos recientes de evaluaciones de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas de la literatura en PBE, de acuerdo al sistema MORE[®] (Junio 2009)

gía y la medicina tropical, denominado MORE, *McMaster Online Rating of Evidence*²⁷ (Cuadro 1).

La utilidad de estas aproximaciones puede ser empleada por médicos clínicos frente a la evaluación de pacientes individuales con enfermedades parasitarias, pero también por parte de investigadores que deseen generar evidencias científicas o conocer cual es el estado de la investigación científica en determinados tópicos y líneas de investigación²¹⁻²⁴.

Con la evolución científica de la medicina y de las