

sada por *P. falciparum* disminuyó. Estos resultados indican que ha habido un aumento en la morbilidad asociada con la infección por *P. vivax* en esta región. Aunque en el estudio no se describen las manifestaciones específicas de la enfermedad que constituyeron la base para la hospitalización de los pacientes, se ha informado de manifestaciones clínicas inusuales en casos de malaria por *P. vivax* en Manaos.

Los aspectos biológicos tanto del hospedero humano como del vector y el parásito y los cambios observados en el medio ambiente de la zona han contribuido a las variaciones observadas en la epidemiología de la malaria en la región amazónica de Brasil. Estos resultados demuestran que en los últimos años, la carga de la malaria ha aumentando en esta zona endémica y que la infección por *P. vivax* constituye una amenaza sustancial y creciente a la salud de la población de Manaos. (Santos-Ciminera PD, Roberts DR, Alecrim MGC, Costa MRF. Malaria diagnosis and hospitalization trends, Brazil. Emerg Infect Dis. 2007; octubre 1).

Patrones y factores de predicción de la recurrencia de accidentes isquémicos transitorios

Estudios recientes indican que se ha subestimado el riesgo de accidentes cerebrovasculares (ACV) recurrentes tempranos en pacientes que han sufrido un accidente isquémico transitorio (AIT). Este riesgo puede ser de 9,5 a 20% en el transcurso de 90 días. A pesar de que muchos estudios han tratado de identificar los factores de riesgo independientes de los ACV después de sufrir un AIT—como la edad, el debilitamiento físico, los trastornos del habla, la diabetes, la hipertensión arterial y la duración de los síntomas—, la manera en que se tratan estos pacientes es muy heterogénea. Mientras en algunos hospitales se da de alta a los pacientes con AIT sin una atención especial por parte del departamento de urgencias, en otras instituciones se acostumbra a hospitalizar a estos pacientes. El riesgo de ACV recurrentes tempranos puede estar relacionado con la enfermedad subyacente. La evaluación de los factores de riesgo específicos de los diferentes subtipos clínicos de pacientes puede contribuir a una mejor y más eficaz prevención de los ACV isquémicos, ya que la patogénesis subyacente y su pronóstico parecen diferir entre un subtipo clínico y otro.

Este es el primer estudio prospectivo realizado en pacientes con AIT en el que se estima la incidencia de ACV recurrentes según la etiología de base y se analizan los factores tempranos de riesgo. Para ello se estudiaron prospectivamente 388 pacientes con AIT: 90 con aterosclerosis de grandes ar-

terias (AGA), 87 con cardioembolismo, 68 con enfermedad por afectación de pequeños vasos, 127 con causas indeterminadas y 16 por otras causas. Los pacientes tuvieron un seguimiento de 3 meses.

La duración de los síntomas y signos clínicos varió significativamente entre los diferentes subtipos clínicos. Los casos con AGA estuvieron asociados con breves episodios recurrentes de déficit motor, mientras que las dificultades en el habla y los síntomas corticales se asociaron con los casos con cardioembolismo ($P < 0,05$). La asociación de los factores de riesgo de enfermedad vascular fue mayor en los casos con AGA ($P < 0,05$). Se registraron nuevos ACV en 35 (9%) de los pacientes. El riesgo de ACV recurrentes varió entre los diferentes subtipos clínicos ($P < 0,001$): 20% en los casos con AGA, 11,5% en los de cardioembolismo, 4,7% en los indeterminados, 1,5% en los que presentaron enfermedad por afectación de pequeños vasos y 0% en los que manifestaban otras causas. Según el análisis multifactorial de riesgos proporcionales de Cox no se identificaron factores predictores independientes de nuevas isquemias cerebrales en los casos con AGA, cardioembolismo, enfermedades por afectación de pequeños vasos y en los indeterminados.

Los casos indeterminados fueron los más frecuentes (31,7%), pero los pacientes con AGA presentaron el mayor riesgo de ACV recurrentes tempranos en comparación con los otros subtipos clínicos. Los pacientes con AIT por otras causas presentaron el mayor riesgo. La asociación de los factores de riesgo vascular fue mayor en los casos con AGA. Los episodios breves recurrentes de déficit motor se asociaron con los casos con AGA, mientras que los síntomas corticales fueron más frecuentes en los pacientes con cardioembolismo y con causas indeterminadas.

El diagnóstico de AIT presenta dificultades, porque muchos de los síntomas pueden haber desaparecido antes de que el paciente llegue al hospital y porque muchas enfermedades presentan síntomas similares a los de la isquemia cerebral. Esto provoca que más pacientes con AIT se clasifiquen como indeterminados, en comparación con los pacientes con ACV isquémicos. Por otra parte, se sabe que los pacientes con AIT hemisférica o ACV asociados con enfermedad de la arteria carótida interna presentan un elevado riesgo de ACV en los primeros días que siguen al primer evento. Además de los pacientes con AIT con estenosis extracraneal moderada o grave, también los pacientes con estenosis intracraneal tienen mayor riesgo de sufrir ACV recurrentes.

Estos hallazgos tienen una gran importancia para mejorar la orientación de las acciones de prevención de los ACV. El empleo de pruebas combinadas de ultrasonido transcraneal y de la carótida

en las primeras 24 horas siguientes al AIT inicial puede ayudar a identificar a los pacientes que presentan un riesgo elevado y que podrían beneficiarse más de tratamientos preventivos más agresivos. Hasta el momento, los datos clínicos son insuficientes para identificar a los pacientes en mayor riesgo.

En conclusión, este estudio confirma que las tasas de ACV recurrentes tempranos debidos a AGA son mayores que las observadas en otros subtipos clínicos. Estos resultados respaldan la necesidad de realizar pruebas imagenológicas urgentes transcraneales y de la carótida para identificar a los pacientes que presentan mayor riesgo. Algunos factores de riesgo y síntomas clínicos están asociados con determinados subtipos etiológicos de los AIT, pero aún se requieren factores más robustos de predicción de los ACV recurrentes para identificar a los pacientes con mayor riesgo según los diferentes subtipos clínicos de los AIT. (Purroy F, Montaner J, Molina CA, Delgado P, Ribo M, Álvarez-Sabín J. Patterns and predictors of early risk of recurrence after transient ischemic attack with respect to etiologic subtypes. *Stroke*. 2007;38:3225–9).

Asociación entre el sobrepeso en la infancia y el riesgo de cardiopatía coronaria en la adultez

Datos recientes demuestran que el número de niños con sobrepeso aumenta constantemente y la edad de comienzo de este trastorno es cada vez menor. Por ejemplo, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América, 19% de los niños entre 6 y 11 años de edad de ese país tienen un índice de masa corporal (IMC) mayor del percentil 95 para su edad y sexo.

Los factores de riesgo de cardiopatía coronaria, hipertensión arterial, dislipidemia, trastornos de la tolerancia a la glucosa y alteraciones vasculares ya están presentes en los niños con sobrepeso. Como resultado de la aparición temprana de esos factores de riesgo, el exceso de peso durante la niñez puede incrementar la probabilidad de sufrir alguna enfermedad cardíaca en la adultez.

Debido al incremento en el número de niños con sobrepeso, es imprescindible comprender mejor cuán graves pueden ser las consecuencias del exceso de peso durante la infancia con respecto al riesgo de padecer cardiopatía coronaria en la adultez. Para dilucidar esta interrogante se realizó un estudio de cohorte basado en la población en el que participaron 280 678 personas nacidas en Dinamarca a partir de 1930. Se tomaron los datos de los controles médicos obligatorios anuales de 276 835 niños (98,6% del total) nacidos entre 1930 y 1976 en Copenhague.

Tal como se esperaba, los valores de IMC (y sus desviaciones estándar) aumentaron con la edad. Durante los 46 años de seguimiento de este estudio se registraron 10 235 casos con cardiopatía coronaria en hombres y 4 318 en mujeres. En total, el estudio comprendió 5 063 622 personas-año de seguimiento.

Se encontró que los valores elevados del IMC durante la infancia aumentaron el riesgo de sufrir cardiopatía coronaria durante la adultez. Cada unidad de incremento en la puntuación z del IMC entre las edades de 7 y 13 años en los niños y de 10 y 13 años en las niñas elevó significativamente el riesgo de sufrir cardiopatía coronaria en la adultez. Esa asociación se hizo más fuerte a medida que aumentaba la edad dentro de esos intervalos. Como cada vez son más los niños y las niñas que aumentan de peso en todo el mundo, estos resultados indican que más niños y niñas se encuentran en riesgo de sufrir cardiopatía coronaria en la adultez.

La asociación significativa entre el aumento de la puntuación z del IMC entre los 7 y los 13 años de edad en los niños se mantuvo tanto para la cardiopatía coronaria en general como para su desenlace fatal y no fatal. A medida que los niños crecían, la distribución del IMC se amplió y el incremento de peso necesario para aumentar en una unidad la puntuación z del IMC a los 13 años de edad era más del doble del observado a los 7 años. Además del hecho de que la talla corporal al final de la niñez se asemeja más a la talla corporal de los adultos, los incrementos en las puntuaciones z del IMC en las edades más cercanas a la adultez reflejan una mayor acumulación de grasa, en particular de grasa abdominal, lo que aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria.

En esta gran serie —con miles de casos y suficiente poder estadístico para detectar cualquier posible asociación— se confirmó que el peso al nacer no influye en la asociación entre el IMC en la infancia y la cardiopatía coronaria en la adultez. Desde el punto de vista de la salud pública, estos resultados tienen una gran importancia práctica, ya que demuestran que se deben concentrar los esfuerzos en intervenciones dirigidas a modificar el IMC durante la niñez —un factor de riesgo modificable— y le restan importancia al peso al nacer como factor de riesgo de cardiopatía coronaria en la adultez.

Este estudio de cohorte se basó en una población muy grande, que abarcó a casi todos los escolares de Copenhague nacidos entre 1930 y 1976. A diferencia de otras investigaciones similares, el seguimiento en este estudio fue completo y los datos estuvieron disponibles para la totalidad de los participantes. Teniendo en cuenta que solamente 3,1% de la población de Copenhague no era de origen europeo durante los años del estudio, se puede asu-