

Preventing Recurrent Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients with Helicobacter pylori Infection Who Are Taking Low-Dose Aspirin or Naproxen

[...] *Methods.* We studied patients with a history of upper gastrointestinal bleeding who were infected with *H. pylori* and who were taking low-dose aspirin or other NSAIDs. We evaluated whether eradication of the infection or omeprazole treatment was more effective in preventing recurrent bleeding. We recruited patients who presented with upper gastrointestinal bleeding that was confirmed by endoscopy. Their ulcers were healed by daily treatment with 20 mg of omeprazole for eight weeks or longer. Then, those who had been taking aspirin were given 80 mg of aspirin daily, and those who had been taking other NSAIDs were given 500 mg of naproxen twice daily for six months. The patients in each group were then randomly assigned separately to receive 20 mg of omeprazole daily for six months or one week of eradication therapy, consisting of 120 mg of bismuth subcitrate, 500 mg of tetracycline, and 400 mg of metronidazole, all given four times daily, followed by placebo for six months.

Results. We enrolled 400 patients (250 of whom were taking aspirin and 150 of whom were taking other NSAIDs). Among those taking aspirin, the probability of recurrent bleeding during the six-month period was 1.9 percent for patients who received eradication therapy and 0.9 percent for patients who received omeprazole (absolute difference, 1.0 percent; 95 percent confidence interval for the difference, -1.9 to 3.9 percent). Among users of other NSAIDs, the probability of recurrent bleeding was 18.8 percent for patients receiving eradication therapy and 4.4 percent for those treated with omeprazole (absolute difference, 14.4 percent; 95 percent confidence interval for the difference, 4.4 to 24.4 percent; $P=0.005$).

Conclusions. Among patients with *H. pylori* infection and a history of upper gastrointestinal bleeding who are taking low-dose aspirin, the eradication of *H. pylori* is equivalent to treatment with omeprazole in preventing recurrent bleeding. Omeprazole is superior to the eradication of *H. pylori* in preventing recurrent bleeding in patients who are taking other NSAIDs, such as naproxen.

Source: <http://content.nejm.org/>

Prevención de la hemorragia digestiva alta recurrente en pacientes con infección por Helicobacter pylori tratados con ácido acetilsalicílico en dosis bajas o naproxeno

[...] *Métodos.* El estudio se realizó en pacientes con antecedentes de hemorragia digestiva alta infectados por *H. pylori* a los que se les administraba ácido acetilsalicílico u otros AINE. Se comprobó qué método era más eficaz para prevenir la hemorragia persistente: erradicar la infección o tratar con omeprazol. Los pacientes presentaban hemorragia digestiva alta confirmada mediante endoscopia, y las úlceras sanaron con un tratamiento de 20 mg diarios de omeprazol durante ocho semanas como mínimo. Después, a todos los pacientes medicados con ácido acetilsalicílico, se les administró 80 mg diarios de ácido acetilsalicílico; y a aquellos tratados con AINE, se les administró 500 mg de naproxeno dos veces al día durante seis meses. En cada grupo, se asignaron pacientes al azar para administrarles 20 mg diarios de omeprazol durante seis meses; el resto recibió terapia de erradicación consistente en 120 mg de bismuto subcitratado, 500 mg de tetraciclina y 400 mg de metronidazol cuatro veces al día, seguido de placebo durante seis meses.

Resultados. Participaron un total de 400 pacientes (250 tomaron ácido acetilsalicílico, y 150 tomaron AINE). Entre aquellos que tomaron ácido acetilsalicílico, la probabilidad de hemorragia persistente en un periodo de seis meses fue de 1,9 % en pacientes que recibieron terapia de erradicación, y de 0,9 % en pacientes tratados con omeprazol (diferencia absoluta de 1,0 %, 95 % de intervalo de confianza para la diferencia de -1,9 a 3,9 %). Entre los que tomaron AINE, la probabilidad de hemorragia recurrente era de 18,8 % en los pacientes que recibieron terapia de erradicación, y de 4,4 % en aquellos tratados con omeprazol (diferencia absoluta de 14,4 %, 95 % de intervalo de confianza para la diferencia de 4,4 a 24,4 %, $P=0,005$).

Conclusiones. La erradicación de *H. pylori* ha demostrado ser igual de eficaz que el tratamiento con omeprazol para prevenir la hemorragia recurrente en pacientes con infección de *H. pylori* y antecedentes de hemorragia intestinal alta que se medican con ácido acetilsalicílico. En cambio, el omeprazol resulta más efectivo que la erradicación de *H. pylori* para prevenir la hemorragia recurrente en pacientes medicados con fármacos AINE como el naproxeno.

Psoas abscess as a secondary complication of gastrointestinal disease: report of five cases

Case 1. This 20-year-old female previously had a right hemi-colectomy for florid stricturing Crohn's disease affecting her terminal ileum 3 years 8 months prior to presentation. She was referred from the on-call Gastroenterology team with right iliac fossa pain and signs of sepsis. After being treated medically for an exacerbation of her Crohn's disease for 7 days, she developed worsening abdominal signs and sepsis. Ultrasound scan showed a complex 6.5 x 5 x 5 cm heterogenous mass in the right iliac fossa related to thickened abnormal small bowel. Emergency laparotomy was performed with surgical drainage of the psoas abscess. Culture of drain fluid grew enterococcus faecum. Seven months later she required an ileocolic resection for entero-cutaneous fistulation.

El absceso de psoas como complicación secundaria de la enfermedad digestiva: informe de cinco casos

Caso 1. Se trata de una mujer de 20 años a la que se le practicó una hemicolectomía derecha por enfermedad de Crohn con estenosis progresiva que había estado afectando al íleo terminal durante los 3 años y 8 meses previos a la aparición de síntomas. Acude derivada desde el servicio de Gastroenterología con dolor de fosa iliaca derecha y signos de sepsis. Tras someterse a tratamiento durante siete días por exacerbación de la enfermedad de Crohn, desarrolla signos de empeoramiento abdominal y sepsis. El escáner de ultrasonido muestra una masa heterogénea de 6,5 x 5 x 5 cm en la fosa iliaca derecha asociada a un engrosamiento anormal del intestino delgado. Se le practica una laparotomía de emergencia para drenar el absceso del psoas. Un cultivo del líquido drenado indica la presencia de Enterococcus faecium. Siete meses más tarde se le practica una ileostomía a causa de una fístula gastroyeyunocólica.

1.1. The assessment, recognition and diagnosis of bipolar disorder in adults

The diagnosis and recognition of bipolar disorder in adults, particularly in those first presenting to services, can be difficult. Many people have periods of considerable psychological and social disturbance before diagnosis. First presentation of bipolar disorder in later life is more likely to be associated with comorbid physical disorders.

To achieve a diagnosis of bipolar disorder in adults, ICD-10 requires at least two episodes (one of which must be mania or hypomania) in which the person's mood and activity levels are significantly disturbed. (By contrast, DSM-IV requires only a single manic or mixed episode.) The disturbance consists of either an elevation of mood and increased energy and activity (mania or hypomania), or a lowering of mood (depression). Episodes can be further classified as hypomanic, manic without psychotic symptoms, manic with psychotic symptoms, mild or moderate depression, severe depression without psychotic symptoms, severe depression with psychotic symptoms or mixed. Manic episodes usually begin abruptly and last for between 2 weeks and 4–5 months (median duration about 4 months). Depressions tend to last longer (median duration about 6 months). Recovery may or may not be complete between episodes. The pattern of remissions and relapses is very variable, although remissions tend to get shorter as time goes on and depressions to become commoner and longer lasting.

1.1.1. Recognising bipolar disorder in primary care

[...] Primary care clinicians should normally refer patients with suspected bipolar disorder for a specialist mental health assessment and development of a care plan, if either of the following are present:

- periods of overactive, disinhibited behaviour lasting at least 4 days with or without periods of depression, or
- three or more recurrent depressive episodes in the context of a history of overactive, disinhibited behaviour.

1.1. Evaluación, detección y diagnóstico del trastorno bipolar en adultos

Tanto el diagnóstico como la detección del trastorno bipolar en adultos pueden ser complicados, sobre todo en aquellos pacientes que acuden al médico por primera vez con los síntomas de la enfermedad. Mucha gente vive periodos de alteración psicológica y social importante antes del diagnóstico. La primera manifestación del trastorno bipolar en la edad adulta se asocia comúnmente con otros trastornos físicos concomitantes. Para el diagnóstico del trastorno bipolar, la CIE-10 establece que deben darse al menos dos episodios (uno de ellos, de manía o hipomanía) durante los que el estado de ánimo y nivel de actividad del paciente se hallen alterados de forma notable (según el DSM-IV, basta con un solo episodio maníaco o mixto). La alteración puede consistir en un aumento del estado de ánimo, la energía y la actividad psicomotora (manía o hipomanía), o bien en una disminución del estado de ánimo (depresión). Los episodios pueden clasificarse como hipomaniacos, maníacos sin síntomas psicóticos, maníacos con síntomas psicóticos, depresión leve o moderada, depresión grave sin síntomas psicóticos y depresión grave con síntomas psicóticos o mixtos. Los episodios maníacos suelen presentarse súbitamente y duran de dos semanas a cuatro o cinco meses (duración media de unos cuatro meses), mientras que las depresiones suelen durar más (duración media de seis meses). La recuperación puede ser completa o parcial entre los episodios, y la presentación de remisiones y recidivas es muy variable, aunque las remisiones tienden a acortarse con el tiempo, mientras que las depresiones se vuelven cada vez más frecuentes y duraderas.

1.1.1. Reconocimiento del trastorno bipolar en Atención Primaria

[...] El médico de atención primaria debe derivar al paciente con presunto trastorno bipolar al psiquiatra, que establecerá un plan personalizado de asistencia y seguimiento en caso de que el paciente presente alguna de las siguientes características:

- periodos de hiperactividad y desinhibición con una duración de al menos cuatro días, con o sin episodios depresivos, o
- tres o más episodios recurrentes de depresión con antecedentes de hiperactividad y desinhibición.

GENE TECHNOLOGY

[...] Another technique for copying DNA uses the polymerase chain reaction (PCR). A specific segment of DNA, such as a specific gene, can be copied (amplified) in a laboratory. Starting with one DNA molecule, at the end of 30 doublings (only a few hours later) about a billion copies will be produced.

A gene probe can be used to locate a specific gene in a particular chromosome. A gene that has been cloned or copied becomes a labeled probe when a radioactive atom is added to it. The probe will seek out its mirror-image segment of DNA and bind to it. The radioactive probe can then be detected by sophisticated photographic techniques. With gene probes, a number of diseases can be diagnosed before or after birth. In the future, gene probes will probably be used to test people for many major genetic diseases. However, not everyone who has the gene for a given disease will actually develop that disease.

A technique called the Southern blot test is widely used to identify DNA. DNA is extracted from the cells of a person being studied and is cut into precise fragments with a type of enzyme called a restriction endonuclease. The fragments are separated in a gel by a technique called electrophoresis, placed on filter paper, and covered with a labeled probe. Because the probe binds only to its mirror image, it identifies any DNA fragment matching the probe.

TÉCNICAS GENÉTICAS

[...] Otro método para copiar el ADN es el de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR, en inglés). Un segmento específico de ADN, tal como un gen determinado, puede copiarse (amplificarse) en un laboratorio. Pueden crearse mil millones de copias a partir de una molécula de ADN tras realizarse 30 duplicaciones (solo unas horas después).

Se puede usar una sonda génica para localizar un gen en un cromosoma determinado. Cuando se le añade un átomo radioactivo al gen clonado o copiado, este se convierte en una sonda marcada, y la sonda buscará su segmento de ADN complementario para adherirse a él. Posteriormente, puede detectarse la sonda radioactiva mediante técnicas fotográficas sofisticadas. Las sondas génicas permiten diagnosticar algunas enfermedades antes y después del nacimiento. En un futuro, es probable que las sondas génicas se usen para diagnosticar enfermedades genéticas importantes. Sin embargo, no todo el mundo con el gen de una enfermedad particular tiene por qué desarrollar dicha enfermedad. Actualmente la técnica más difundida para identificar el ADN es la técnica de Southern, por la cual se extrae el ADN de las células de una persona, y este se divide en fragmentos gracias a una enzima de restricción llamada *endonucleasa*. Los fragmentos, situados sobre papel de filtro y cubiertos con una sonda marcada, se separan dentro de un gel mediante una técnica llamada *electroforesis*. Como la sonda solo se une con un gen idéntico al suyo, es posible identificar cualquier fragmento de ADN.

¿Qué es la migraña?

Este folleto pretende ofrecer al paciente información útil acerca de la migraña (jaqueca), una enfermedad que causa dolor de cabeza palpitante y unilateral, y que suele afectar a personas de edad comprendida entre los 10 y los 40 años, especialmente a mujeres. El dolor de cabeza puede remitir total o parcialmente al llegar a la edad de 50 años. A continuación, el paciente encontrará información sobre sus causas, manifestaciones, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

¿Cómo actúa la migraña?

Las personas aquejadas de migraña experimentan cambios bruscos en la actividad neuronal. Cuando esto sucede, los nervios liberan ciertas sustancias que provocan inflamación, las arterias del cerebro se dilatan o se contraen, y se irritan los nervios de la cara y de la zona de la mandíbula (nervio trigémino). Entonces, se produce un dolor de cabeza que empeora con el esfuerzo físico, acompañado de náusea, vómitos e hipersensibilidad a la luz y al ruido.

¿Qué causa la migraña?

Se desconoce la causa exacta de la enfermedad, aunque se han identificado varios desencadenantes.

La variación del nivel de **estrógenos** (hormona femenina) parece influir en la aparición de la enfermedad. Por ello, la migraña suele afectar especialmente a la población femenina durante la pubertad, así como durante el ciclo menstrual y el periodo previo a la menopausia, que son los momentos en que se producen los cambios más bruscos en el nivel de estrógenos en el cuerpo. Asimismo, el uso de anticonceptivos orales y las terapias orientadas al aumento de los niveles de estrógenos podrían empeorar los síntomas.

Otras causas pueden ser la **falta de sueño**, los **cambios bruscos de presión** y el **hambre**.