

te, el aumento de los triglicéridos y el colesterol en estos pacientes, así como el aumento en la resistencia periférica a la insulina y la diabetes mellitus (DM), ha llevado a estudiar el aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular entre los pacientes con terapia antirretroviral. Por esta razón se recomienda realizar perfil lipídico antes de iniciar la terapia, a los tres meses y luego cada año. Los criterios para el diagnóstico de la hiperlipidemia no difieren en forma significativa de lo que se aplica a pacientes VIH negativos. Incluyendo los criterios del NCEP.

En cuanto a la evaluación de riesgo cardiovascular, es importante igualmente evaluar los factores de riesgo tradicionales. Se recomienda calcular dicho riesgo empleando el sistema de puntos de Framingham, disponible en línea en www.aidsstec.org.

La prevalencia de DM en pacientes que reciben inhibidores de proteasa se ha reportado entre 2 y 14%, el riesgo de desarrollar DM es cuatro veces mayor entre los pacientes con VIH que entre los VIH negativos, según el estudio MACS (Multicenter AIDS Cohort). La incidencia de los trastornos asociados al aumento en la resistencia a la insulina son más frecuentes en los pacientes con lipodistrofia. Por ello algunos autores recomiendan además de la determinación de glicemia en ayunas, realizar un prueba de tolerancia a la glucosa en los pacientes VIH en terapia que presenten hallazgos compatibles con lipodistrofia.

Otros desarreglos metabólicos observados en los pacientes con lipodistrofia fueron: aumento de la presión diastólica, aumento de los triglicéridos y colesterol total (no LDL), HDL disminuida, aumento en PAI-1 (inhibidor

del activador del plasminógeno) y en tPA (activador del plasminógeno tisular).

La circunferencia abdominal, en especial la medición de la cintura, y la proporción cintura/cadera sirve como predictor de riesgo cardiovascular en estos pacientes.

Un estudio reciente publicado en el *New England Journal of Medicine* reveló la tasa de infartos al miocardio por año para pacientes que recibían inhibidores de proteasa por más de seis años fue de 1.16 (IC 95% de 1.10-1.23) mientras que la tasa de infartos al miocardio entre los que recibían regímenes basados en no nucleósidos fue de 1.05 (IC 95%: =.98-1.13). Ajustando para los niveles de lípidos, este efecto fue menor 1.10 (IC 95% 1.04-1.18) para IP y 1.00 (IC 95% 0.93-1.09).

A pesar de estos efectos adversos, el tratamiento antirretroviral sigue representando un adelanto extraordinario que ha salvado miles de vidas, y ha mejorado la calidad de vida de los pacientes infectados con VIH.

Bibliografía

1. **DHHS panel on antiretroviral guidelines for adults and adolescents.** Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1 infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. 2006 Octubre. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov>
2. **DAD Study Group, Friis-Moller N, Reiss P, Sabin CA, Weber R, Monforte A, et al.** Class of antiretroviral drugs and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 2007; **356**: 1723-35.
3. **Wohl DA, McComsey G, Tebas P, Brown TT, Glesby MJ, Reeds D, et al.** Current concepts in the diagnosis and management of metabolic complications of HIV infection and its therapy. *Clin Infect Dis* 2006; **43**: 645-53.
4. **Gulick RM.** HIV management 2007: The New York course. Antiretroviral therapy pipeline: The next 18 months. Online Slide Lecture Presentation. 2007 Junio. Disponible en: <http://www.medscape.com>

¿Hay nuevos antibióticos?

¿Are there any new antibiotics?

NÉSTOR SOSA • PANAMÁ

Introducción

Si pudiéramos dar una respuesta sencilla a la pregunta que sirve de título a este resumen sería: casi no. Como dijera Joseph Dalovisio MD, presidente de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas en el año 2004 “simplemente no hay suficientes nuevas drogas en el horizonte farmacéutico para mantener el paso con la evolución de las bacterias resistentes”. “De las 506 drogas en desarrollo sólo cinco son antibióticos”, y de las últimas 89 que han surgido, ninguna es un antibiótico”. (Discurso titulado: Bad Bugs, No Drugs: As Antibiotic Discovery Stagnates... A Public Health Crisis Brews”. Washington DC, julio 2004).

Los últimos antibióticos en salir al mercado han sido dirigidos, primordialmente, al tratamiento de infecciones por gérmenes gram positivos resistentes como el *Staphylococcus aureus* meticilinorresistente (MRSA), el *Enterococcus faecalis* o *faecium* vancomicinorresistente (VRE). Igualmente algunos de estos nuevos antibióticos pudieran emplearse para los *Staphylococcus aureus* con susceptibilidad intermedia a vancomicina o vacomicinorresistentes (VISA o VRSA respectivamente).

Dr. Néstor Sosa: Jefe de Servicio Enfermedades Infecciosas, Hospital Caja del Seguro Social. Director Medical and Research Center. Panamá.
Correspondencia: e-mail: nrsosa@cable.net.co
Recibido: 18/VII/07 Aceptado: 25/VII/07

carbapenémicos, existen pocas alternativas terapéuticas a disposición de los clínicos.

Tigeciclina

Mencionada anteriormente, aunque no es activa contra *seudomonas aeruginosa*, ha demostrado eficacia *in vitro* contra *cineto acter aumanii*. Sin embargo aún no se tiene suficiente experiencia clínica con el uso de tigeciclina en infecciones por *cineto acter aumanii*.

Doripenem

Un nuevo carbapenémico en investigación, ha demostrado tener una mayor actividad contra *seudomonas* que meropenem e imipenem. Infortunadamente, no es activo contra las cepas de *cineto acter* resistentes a carbapenémicos.

Polimixinas [Polimixina B y colistina (Polimixina E)]

Aunque antibióticos que han estado disponibles por muchos años (descubiertas en 1947) se están empleando recientemente en el manejo de las infecciones por *seudomonas* y *cineto acter*, especialmente contra las denominadas cepas pandrogresistentes, es decir, resistentes a todos los antibióticos disponibles.

Las polimixinas actúan sobre la membrana celular, uniéndose electrostáticamente al lipopolisacárido y afectando la

función de la misma, alterando la permeabilidad y conduciendo a la muerte celular. Se pueden emplear por vía intravenosa, intramuscular, intratecal, inhaladas o en preparaciones tópicas y oftálmicas. Esta familia de antibióticos peptídicos se ha asociado a nefrotoxicidad (necrosis tubular aguda) y neurotoxicidad (mareos, debilidad, parestesias faciales y periféricas, vértigo, confusión, síntomas visuales, ataxia, bloqueo neuromuscular), pero estudios recientes parecen demostrar que estos efectos adversos no son tan frecuentes como se pensaba. Existen pocas diferencias entre la polimixina B y la colistina. Sin embargo, algunos reportes afirman que la polimixina B es más tóxica que la colistina.

En la actualidad existen pocos antibióticos en investigación con actividad demostrada contra las cepas pandrogresistentes de *cineto acter* y *seudomonas*.

Bibliografía

1. Drew RH. Emerging options for treatment of invasive, multidrug-resistant *Staphylococcus aureus* infections. *harmacotherapy* 2007; 27: 227-49.
2. Adebayo S, Johnson . Newer antistaphylococcal agents: In-vitro studies and emerging trends in *Staphylococcus aureus* resistance. *Wounds* 2006; 18: 129-46.
3. Rice B. Challenges in identifying new antimicrobial agents effective for treating infections with *cineto acter aumammii* and *seudomonas aeruginosa* *Clin Infect Dis* 2006; 43 (Suppl 2): S100-5.
4. Falagas ME, Kasiakou SK. Colistin: The revival of polymyxins for the management of multidrug-resistant gram-negative bacterial infections. *Clin Infect Dis* 2005; 40: 1333-41.

vances recientes en el manejo de las dislipidemias

Recent advances in the management of dislipidemia.

ÁLVARO J. RUIZ • BOGOTÁ, D.C.

La enfermedad coronaria, responsable de una muerte cada minuto en América Latina y de un infarto del miocardio en Colombia cada treinta minutos, tiene como principales factores de riesgo prevenibles las dislipidemias, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el síndrome metabólico y la diabetes mellitus.

En el diagnóstico y manejo de las dislipidemias, deben considerarse varios aspectos novedosos, no sólo en su enfoque terapéutico sino en el papel que cumplen en la aterosclerosis.

Efectos leiotrópicos

Se ha demostrado que las estatinas pueden mejorar la función endotelial, que pueden aumentar la biodisponibilidad de óxido nítrico y que tienen propiedades antioxidantes

Dr. Álvaro J. Ruiz Morales: MD, MSc, FACP. Internista, Especialista Clínico en Hipertensión Arterial, Epidemiólogo Clínico, Profesor Titular, Departamento de Medicina Interna y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C., Colombia
Correspondencia: E-mail: aruiz@javeriana.edu.co
Recibido: 18/VII/07 Aceptado: 25/VII/07