

valoración de rutina oftalmológica. Los estudios de biopsia conjuntival, topografía computarizada y video queratografía pueden ser necesarios para documentar de manera mas completa cada caso.<sup>3</sup> El manejo de la patología siempre es de especialidad. Los casos leves de queratocono pueden recibir tratamiento con lentes de marco o con lentes de contacto (paradójicamente, a pesar de ser una posible causa del cuadro),<sup>3</sup> mientras en los de mayor gravedad se puede requerir diversos tipos de cirugía, entre las que se incluyen la colocación de anillos corneales, queratoplastia penetrante y el trasplante de cornea.<sup>6,7</sup>

Debido a que el queratocono es una enfermedad que puede progresar a una pérdida total de la visión, es muy importante su diagnóstico precoz, ya que de esto depende el manejo y la evolución de la enfermedad. Con los elementos anteriormente expuestos, un oftalmólogo en formación puede orientarse hacia este diagnóstico, así como un médico general podría identificar un paciente potencial (especialmente los menores de edad, con astigmatismo y con atopía) y realizar una oportuna referencia al especialista para su adecuado manejo.

*Dra. Katty Velasco M.*

Postgradista de Oftalmología

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

## Bibliografía

- 1.- Nichols JJ, Steger-May K, Edrington TB, Zadnik K, the CLEK Study Group. Br J Ophthalmol 2004; 88: 788-791.
- 2.- Bawazeer AM, Hodge WG, Lorimer B. Atopy and Keratoconus: a multivariate analysis. Br J Ophthalmol 2000; 84: 834-836.
- 3.-Díaz G, Caiñas A, Jiménez R, Neyra R. Características epidemiológicas de pacientes portadores de Queratocono. Rev Cubana de Oftalmología 1999; 12: 20-26.
- 4.- Woodward EG. Keratoconus: maternal age and social class. Br J Ophthalmol 1981; 65: 104-107.
- 5.- Harrison RJ, Klouda PT, Easty DL, et al. Association between keratoconus and atopy. Br J Ophthalmol 1989; 73: 816-822.
- 6.- Domingo B, Conejero J, Balado P. Miopía residual tras queratoplastia penetrante en Queratocono. Revista de la Sociedad Española de Oftalmología 2004; 1: [e].
- 7.- Lim L, Pesudovs K, Goggin M, Coster DJ. Late onset post-keratoplasty astigmatism in patients with keratoconus. Br J Ophthalmol 2004; 88: 371-376.

## Insuficiencia renal aguda intrahospitalaria y uso de antiinflamatorios no esteroides

**Señor Editor:** De los distintos estudios internacionales se ha estimado que aproximadamente entre el 3% y 11% de los ingresos hospitalarios corresponden en realidad a reacciones adversas causadas por medicamentos. Además, en los pacientes hospitalizados la incidencia de este tipo de cuadros asociados a la medicación prescrita puede variar entre el 1% y 44%.<sup>1,2</sup> Cuando los efectos indeseados ocurren en el medio intrahospitalario condicionan un mayor tiempo de estancia y un aumento de los costos de salud.

En nuestro país no tenemos información sobre la frecuencia de reacciones adversas intrahospitalarias o como causa de ingreso, pero estas bien podrían ser similares a las comunicadas internacionalmente o incluso superiores, si se tiene en cuenta que suele ser común la polifarmacia para el

tratamiento de un mismo síntoma o enfermedad y que las prácticas de prescripción han mostrado grados variables de idoneidad.<sup>3,4</sup>

Entre los fármacos más consumidos se encuentran los antiinflamatorios no esteroides (AINEs) y se ha calculado que son prescritos en alrededor del 20% de los pacientes ingresados en los hospitales. Utilizados correctamente son relativamente seguros, pero cuando se administran a dosis no adecuadas o en pacientes con condiciones clínicas de riesgo, pueden provocar efectos adversos y/o interacciones potencialmente graves que comprometen la salud y la vida del paciente.

Así, mientras que el efecto de los AINEs sobre el riñón sano es prácticamente mínimo, en los pacientes con hipovolemia, enfermedades cardíacas, insuficiencia renal crónica, estenosis de arteria renal, cirrosis, tratamiento concomitante con diuréticos, estados de deshidratación, condición de hipotensión postanestésica y particularmente en los ancianos, pueden producir alteraciones renales, de las cuales las más frecuentes son la insuficiencia renal, la retención de sodio y la hipercalemia.<sup>5,6</sup>

Por lo anterior, siempre es necesario determinar la condición clínica global del paciente antes de iniciar el uso de estos fármacos. Debido a que la vida media de los AINEs es un importante factor condicionante de sus efectos indeseables, en general se aconseja el uso de AINEs de vida media corta para reducir el riesgo de toxicidad relacionada con la acumulación del fármaco y por ser mejor tolerados en pacientes con deterioro renal o que toman otros medicamentos que interfieren con la excreción renal (especialmente diuréticos). Además, ha de preferirse emplear la dosis mínima eficaz y durante el menor tiempo posible, con un monitoreo constante de la función renal.

En los pacientes hospitalizados que han de recibir AINEs, consideramos que es de fundamental importancia la preservación y vigilancia de la función renal, no solo en presencia de patología renal, comorbilidad asociada y en sujetos seniles, sino también en personas con función renal previa normal, ya que el uso de estos medicamentos a altas dosis (en un paciente susceptible) también puede conducir al fracaso renal agudo. Tener en consideración los aspectos anteriores permitiría reducir la posibilidad de que, durante la hospitalización de un paciente, ocurran efectos indeseados renales con el uso de estos fármacos, especialmente si recordamos que este tipo de reacciones adversas pueden evitarse simplemente con un uso razonado del medicamento.

*Dr. Alex Torres*

*Dr. Santiago Bustos*

*Dr. Edgar Changoluiza*

Postgradistas de Medicina Interna

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

## Bibliografía

- 1.- Ibañez L, Laporte JR, Carné X. Adverse drug reactions leading to hospital admission. Drug Safety 1991; 6: 450-459.
- 2.- Phirmohamed M, Breckenridge AM, Kitteringham NR, Park BK. Adverse drug reactions. BMJ 1998; 316: 1295-1298.
- 3.- Maldonado JC, Llumiquire M, Jaramillo O. Características de la medicación parenteral en el Hospital Cantonal Sangolquí. Boletín Ecuatoriano de Salud Pública y Desarrollo de Areas de Salud 1999; 4: 53-58.
- 4.- Maldonado JC. Diclofenaco más misoprostol: ¿dos fármacos mejor que

uno?. Rev Fac Cien Med (Quito) 2000; 25 (2): 51-52.

5.- Whelton A. Renal effects of over-the-counter analgesics. *J Clin Pharmacol* 1995; 35: 454-463.

6.- Naveen S, Shubhadan N, Murray L. Acute Renal Failure. *JAMA* 2003; 289: