

predicho ($p = 0,003$), menor resistencia de las vías respiratorias ($R10$, $p = 0,025$), la mejora de la reactividad de la vía respiratoria ($X10$, $p = 0,005$), pero el control del asma significativamente peor (Cuestionario de Control del Asma, $p = 0,007$). Una asociación significativa pero más débil entre GORS y los síntomas del asma se observó en los delgados en comparación a los obesos en la cohorte de replicación.

Conclusión GORS son más propensos a asociarse con síntomas de asma en los niños obesos. Una mejor función pulmonar en los niños que informaron síntomas de reflujo y asma gastroesofágico sugiere que la atribución errónea de GORS al asma puede ser un mecanismo que contribuye a los síntomas del asma en exceso en los niños obesos.

DISFUNCIÓN COGNITIVA AGUDA Y CRÓNICA INDUCIDA POR ALTITUD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Rimoldi, Rexhaj, Duplain, Urben, Billieux, Allemann, Romero, Ayaviri, Salinas, Villena, Scherrer, Sartori.
The Journal of Pediatrics. 2015; Vol 169, p238-243

RESUMEN

Objetivo: Para evaluar si la exposición a grani altura induce disfunción cognitiva en jóvenes sanos de Europa y adolescentes durante exposición aguda a una altura de 3450 m y en una población Europea pareados por edad, que viven permanentemente a esta altura.

Diseño de Estudio: Se examinó la función de ejecución (inhibición, cambio y memoria de trabajo), memoria (verbal, visuoespacial de corto plazo y la memoria episódica verbal) y la velocidad de la habilidad de procesar, en: (1) 48 niños y adolescentes Europeos, sanos no aclimatados, 24 horas después de la llegada a gran altura y tres meses después de retornar a baja altura; (2) 21 sujetos Europeos pareados, que viven permanentemente a gran altura y (3) un grupo control pareado, examinado a baja altura dos veces.

Resultados: En la exposición aguda a hipoxia, todas las habilidades neuropsicológicas que fueron evaluadas, se encuentran afectadas; con la excepción de 2 (memoria visuoespacial y velocidad de procesamiento). Estas deficiencias fueron aún más severas en los niños que viven a gran altura. Tres meses después del retorno a baja altura, el desempeño neuropsicológico mejoró significativamente comparado con el grupo control, que solo fue evaluado a baja altura.

Conclusiones: La exposición aguda a altura, donde se encuentran los principales destinos turísticos, inducen un marcado déficit de ejecución y memoria en niños sanos. Estos déficits son iguales o más severos en niños que viven permanentemente a gran altura y se espera que sus habilidades de aprendizaje estén afectadas.

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DE SUEÑO Y FUNCIÓN VASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA DE MONTAÑA Y HABITANTES SANOS DE GRAN ALTURA

Rexhaj, Rimoldi, Pratati, Brenner, Andries, Soria, Salinas Salmón, Villena, Romero, Allemann, Lovis, Heinzer, Sartori, Scherrer.
Chest. Abril 2016; Vol 149, Issue 4, p991-998

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad crónica de montaña o el mal crónico de montaña (CMS, Chronic Mountain Sickness), esta frecuentemente

asociada a una disfunción vascular, pero el mecanismo es aún desconocido. Los trastornos respiratorios de sueño (SBD, Sleep Disordered Breathing), se producen frecuentemente a gran altura. En alturas bajas los SBD, producen

disfunción vascular. Por otra parte, en los SDB, las elevaciones transitorias de presión en el lado derecho del corazón, pueden causar un shunt derecha a izquierda en presencia de un foramen oval permeable (PFO, Patent Foramen Ovale) y como consecuencia agravar la hipoxemia e hipertensión pulmonar. Hemos especulado, que en comparación con los habitantes sanos de gran altura, en pacientes con CMS, los SDB y la hipoxemia nocturna son más acentuados y están relacionados con disfunción vascular.

Métodos: Se realizó, estudios de sueño durante la noche y se midió presión sistémica y presión pulmonar in 23 pacientes con CMS (mean±SD edad 52.8±9.8 años) y en 12 controles sanos (mean±SD edad 47.8±7.8 años) a 3600 m. En un subgrupo de 15 sujetos con SDB, se investigó PFO mediante ecografía transesofágica. Resultados: Los mayores hallazgos fueron, que en los pacientes con CMS; a) SDB e hipoxemia

nocturna son más severos que en los habitantes sanos (índice apnea/hipoapnea, AHÍ, 38.9±25.5 vs. 14.3±7.8 [nb/h]; SaO₂, 80.2±3.6 vs. 86.8±1.7 [%], CMS vs. controles) y b) AHÍ se correlacionó directamente con la presión sistémica (r=0.5216, P=0.001) y con la presión pulmonar (r=0.4497, P=0.024). PFO se asoció con SDB más severos (AHÍ 48.8±24.7 vs. 14.8±7.3 [nb/h], P=0.013, PFO vs. no PFO) e hipoxemia.

Conclusión: Los SDB e hipoxemia nocturna son más severos en pacientes con CMS que en los controles y están asociados a disfunción vascular sistémica y pulmonar. La presencia de PFO parece agravar los SDB. Por lo tanto el cierre de PFO podría mejorar los SDB, la hipoxemia y la disfunción vascular en pacientes con CMS.

Palabras clave: trastornos respiratorios de sueño, mal crónico de montaña o enfermedad crónica de montaña, gran altura, función vascular, presión pulmonar.

CINE 3D Y DOLOR DE CABEZA: LA PRIMERA RELACIÓN PROBATORIA Y ANÁLISIS DE FACTORES QUE INTERVIENEN

Braschinsky , Raidvee , Sabre , Zmachinskaja , Zukovskaja , Karask , Saar , Rakitin .
Front Neurol. 2016 Mar 23;7:30.

FONDO:

Un posible vínculo entre las películas 3D y dolor de cabeza (HA) nunca ha sido objeto de investigaciones específicas y sistemáticas. El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre el cine 3D y HA y para evaluar los posibles factores de riesgo de desarrollar HA durante o después de ver una película en 3D.

MÉTODOS:

Este no era un estudio aleatorizado, prospectivo, observacional. Seis mil cuestionarios diseñados específicamente se distribuyeron a los visitantes cine consecutivos. Se analizaron los riesgos relativos de HA para 2D-3D-vs visitantes de la película y los efectos de las variables de antecedentes.

RESULTADOS:

El cuestionario fue llenado y devuelto por 1293 personas. La edad media de los encuestados fue 33,0 ± 11,3 años. Las personas que vieron las películas 3D informaron HA durante o después de la película 1,61 veces más a menudo que los espectadores de películas 2D-(11,1% vs. 7,2% 3D en películas 2D, p = 0,017). El riesgo fue mayor en las mujeres: 2,65 veces para 2D (p = 0,019) y 1,85 veces para películas en 3D (p = 0,06), y disminuyó con la edad en un 4,6% por cada año de 2D (p = 0,0035) y un 3,2% en el caso películas en 3D (p = 0,0098). Entre los visitantes 3D-cine, aquellos con anteriores han eran 4,17 veces más propensos a tener un cine HA-inducida (p = 0,02). El riesgo fue la más alta para las personas con migraña (OR = 3,37, p = 0,001).