



Volumen 4, Número 1, Febrero 2007

Informes SIIC

CONDICION SOCIOECONOMICA EN LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR ASMA

Análisis de datos actuales observados en EE.UU. y de sus posibles causas

Temecula, EE.UU.:

Las personas de mala condición socioeconómica presentan mayores tasas de morbilidad y mortalidad por asma que otras poblaciones más favorecidas, debido a mayor exposición a agentes desencadenantes comunes y a menor acceso a una atención médica rutinaria y continua.

Fuente científica:

[*Journal of the American Academy of Physician Assistants (JAAPA)* 19(2):41-46, Feb 2006] – aSNC

Autores

Madrid E, Mennie GW, Newton PL

El asma es la principal enfermedad crónica de la infancia. Su incidencia en EE.UU. es creciente, y el número de pacientes hispanos y afroamericanos afectados es desproporcionadamente superior a otras razas o etnias. Los profesionales deben educar a los pacientes para que éstos desempeñen un papel activo en el manejo de su enfermedad.

El asma es una enfermedad pulmonar crónica caracterizada por la presencia de inflamación bronquial, broncoespasmo e hiperreactividad bronquial. El trastorno se manifiesta de varias maneras aparte de la clásica presencia de sibilancias. Así, la tos recurrente, la dificultad respiratoria y la intolerancia al ejercicio pueden representar síntomas de asma. Esta entidad debe ser considerada si los síntomas tienen lugar (o son exacerbados) ante el ejercicio, la enfermedad viral, patrones estacionales o climáticos o la exposición a alérgenos ambientales como el humo del cigarrillo. Los autores del presente trabajo sostienen que resulta difícil de determinar si la etnia desempeña un papel más significativo en la morbilidad y la mortalidad del asma que la condición socioeconómica. La prevalencia de asma es levemente mayor en la población afroamericana que en la restante; sin embargo, los primeros presentan una probabilidad de fallecer a causa del asma de 4 a 6 veces mayor. Un estudio realizado en la ciudad estadounidense de Chicago demostró que las personas residentes en los vecindarios más pobres presentaban tasas de mortalidad por asma superiores a las observadas en las áreas de mayores ingresos. Esta investigación demostró la existencia de tasas particularmente altas en la población afroamericana y en las personas de mala condición socioeconómica. Entre los factores que podrían determinar que las minorías étnicas o raciales y la población empobrecida se encuentren en un mayor riesgo de muerte por asma, se han mencionado la pobreza, la falta de educación y las barreras para el acceso a la atención de la salud. Numerosos trabajos han demostrado la existencia de disparidades raciales y étnicas en el sistema de atención de salud de EE.UU. Al respecto, algunas poblaciones minoritarias en dicho país presentan tasas de mortalidad comparables a las observadas en países en desarrollo. Las comunidades minoritarias presentan una menor cantidad de médicos *per cápita*, por lo cual aquellos pacientes con enfermedades crónicas presentan una menor probabilidad de buscar una

atención médica continua y rutinaria que quienes no pertenecen a estas poblaciones. La falta de un seguro de salud accesible económicamente representa un grave problema para las poblaciones minoritarias; el costo del asma puede representar del 2.1% al 30.1% del total del ingreso familiar. Por su parte, los costos crecientes de las drogas de prescripción en esta enfermedad han creado una barrera no sólo para los ciudadanos de edad avanzada sino también para aquellos sin seguro de salud y para quienes su ingreso se encuentra por debajo del nivel de pobreza.

Las poblaciones minoritarias frecuentemente residen en áreas con alta densidad poblacional, y, a su vez, pueden habitar en condiciones de hacinamiento. Estos aspectos pueden contribuir al aumento de la prevalencia de asma, debido a que, por ejemplo, determinan la transmisión de infecciones virales del tracto respiratorio. Estas poblaciones también pueden hallarse particularmente expuestas a otros alérgenos desencadenantes del asma, como el humo del cigarrillo, el polen, los ácaros del polvo, las cucarachas, diversos componentes de pinturas, y la polución ambiental.

La comprensión y el conocimiento del paciente acerca del tratamiento del asma y de los factores que exacerban a ésta última resultan factores clave para su control. Los profesionales deben brindar a cada paciente un plan de acción contra la enfermedad, que permita que éstos controlen su asma e identifiquen el riesgo de los ataques agudos. Los sectores de la población con peores condiciones socioeconómicas y los grupos raciales o étnicos minoritarios presentan mayores tasas de morbilidad y mortalidad por asma, y los médicos deben conocer las condiciones que estos grupos enfrentan. Por eso, las estrategias de manejo de la enfermedad deben ser apropiadamente diseñadas para asegurar la obtención y continuación de los tratamientos indicados, por parte de esta población.

EL DISULFIRAM REDUCE LOS SINTOMAS DEL ECZEMA CRONICO DE MANOS

Resultados de una investigación en individuos sensibles al níquel

Bongaigaon, India:

La combinación de una dieta con restricción de níquel y la administración de disulfiram por vía oral durante 4 semanas logró la curación del eczema de manos, y los efectos secundarios fueron transitorios y leves.

Fuente científica:

[**Indian Journal of Dermatology**, Venereology & Leprology 72(2):113-118, Mar 2006] – aSWC

Autores

Sharma AD

El eczema de las manos es un trastorno dermatológico frecuente y molesto, crónico y recurrente. Existen diversos factores exógenos y endógenos que causan esta condición; uno de ellos es la ingesta de níquel (NI).

El NI está presente en la mayoría de los alimentos, especialmente en los vegetales, donde se encuentra en una proporción 4 veces mayor que en los tejidos animales; la leche contiene alrededor de 0.03 ppm de NI. La ingesta de este mineral, por lo tanto, dependerá de la composición de la dieta, con un promedio diario entre 300 ug y 600 ug. En el intestino sólo se absorbe del 1% al 10% del NI ingerido.

La sensibilidad al níquel es frecuente en la población general, con una prevalencia que oscila entre el 4 y el 13.1%. La ingesta de níquel puede provocar o agravar el eczema de manos en un individuo sensibilizado a este elemento.

La presentación clínica más común de este trastorno es un eczema vesicular “dishidrótico” que

tiende a evolucionar en forma crónica y recurrente. Se han recomendado diferentes tipos de tratamiento como vendajes húmedos, esteroides tópicos y sistémicos, ciclosporina y otros inmunosupresores, etc. Los resultados suelen ser poco satisfactorios, ya que existe una elevada tasa de recaídas. Algunos estudios de dietas bajas en níquel y de agentes como el disulfiram han informado que estos enfoques terapéuticos son beneficiosos.

El disulfiram es un fármaco que, luego de ser ingerido, se absorbe en forma lenta e incompleta y se metaboliza en el hígado. El metabolito resultante provoca quelación de NI del tejido corporal; se excreta principalmente por orina y en menor cantidad por la bilis y el sudor.

En la presente investigación comparativa, los autores evaluaron la eficacia del disulfiram oral y una dieta baja en níquel (DBN) para reducir los síntomas clínicos y prevenir las recaídas. Para ello observaron a 21 pacientes sensibles al níquel que padecían eczema de manos crónico y recurrente. Durante 4 semanas, 11 individuos que estaban recibiendo una DBN fueron tratados con disulfiram por vía oral, mientras que a 10 sujetos con la misma sintomatología se les había indicado dietas normales y placebo. La división en grupos fue realizada en forma aleatorizada.

Dentro de las comidas permitidas en el grupo con restricción de ingesta de níquel se encontraban leche, arroz, *paneer* (un queso típico de India), pescado, carne y huevos. Algunos de los alimentos parcialmente restringidos fueron ciertas legumbres, (*Phaseolus mungo*), papas y, si el paciente insistía, vegetales de hojas verdes.

Los participantes acudieron al examen clínico cada 2 semanas. Además de la evaluación médica, en cada consulta se registraba el cumplimiento de la dieta indicada y se enfatizaba la importancia de seguirla estrictamente.

Después de 2 semanas de DBN, cada paciente del grupo en estudio recibió disulfiram por vía oral (125 mg/d); luego se incrementó la dosis a 250 mg/d, hasta completar las 4 semanas. Al finalizar el tratamiento, los pacientes fueron controlados cada 14 días durante 12 semanas. Durante este último período se sugirió continuar con la restricción de ingesta de NI.

Al finalizar las 4 semanas de tratamiento, el 90.9% de los pacientes del grupo en estudio (n= 10) logró la remisión total de sus lesiones, mientras que sólo uno de los individuos tratados con placebo mostró este resultado. Esta diferencia fue estadísticamente muy significativa ($p < 0.001$). La mayoría de los pacientes solía tener -previamente- entre 1 y 2 recurrencias mensuales de su eczema y las controlaban con esteroides u otros inmunosupresores. Con el disulfiram y la DBN no se observó ninguna recaída durante las 4 semanas de tratamiento.

El mayor problema que presenta el disulfiram es su hepatotoxicidad, especialmente cuando se lo indica durante un tiempo prolongado. En el presente estudio sólo se lo administró durante 4 semanas; 2 pacientes precisaron prolongar el tratamiento durante una semana más. Sólo 3 personas mostraron un ligero aumento de las enzimas hepáticas al terminar el tratamiento con disulfiram; a las 12 semanas todos los parámetros se encontraban dentro de los límites normales. Los autores concluyen que la combinación de una dieta baja en níquel y disulfiram por vía oral puede ser una buena opción para reducir los síntomas clínicos y la recurrencia del eczema crónico de las manos en los sujetos sensibles al níquel.

EL MANEJO DE LA ALERGIA A ALIMENTOS DEBE AUMENTAR LA PERCEPCION DE CONTROL POR PARTE DEL PACIENTE Y REDUCIR SU ANSIEDAD

Por eso, se justifica la prescripción de botiquines con adrenalina para situaciones de emergencia

Cork, Irlanda:

La alergia a alimentos es una entidad frecuente, con respecto a la cual no es posible predecir quién presenta mayor riesgo de reacciones graves, ni cuándo o dónde éstas tendrán lugar. Esta incertidumbre genera ansiedad en el paciente y sus familias relacionada con la percepción de falta de control de la enfermedad, la cual puede ser reducida a partir de la disponibilidad de botiquines con sustancias "de rescate" para situaciones de emergencia.

Fuente científica:

[**BMJ** 333(7566):496-498, Sep 2006] – aSNC

Autores

O'B Hourihane J

En el manejo de las alergias a alimentos, la prescripción de sustancias "de rescate" para su aplicación en situaciones de emergencia debe formar parte del plan de atención, ya que permite reducir la ansiedad del paciente y su familia con respecto a la incertidumbre de la gravedad de las futuras reacciones.

La alergia a alimentos puede afectar hasta un 6% de los niños en edad preescolar y un 2% de la población adulta. Los resultados de estudios prospectivos y retrospectivos referidos a este tipo de alergia demuestran que ésta puede ser fatal para los pacientes afectados. De hecho, este tipo de alergia es la causa más frecuente de anafilaxia fuera del ámbito hospitalario. Aunque el tratamiento de las reacciones alérgicas a los alimentos es sencillo, éste no siempre resulta exitoso. Al respecto, la incertidumbre acerca de la evolución de estas reacciones resulta un aspecto difícil de enfrentar.

La alergia puede ser desencadenada por cualquier alimento que contenga proteínas. Sin embargo, son pocos los alimentos que causan reacciones de gravedad. Al respecto, más del 90% de las reacciones alérgicas mediadas por inmunoglobulina E en los niños están mediadas por la ingesta de leche, huevos, maníes, frutos secos y semillas, pescado, mariscos, soja y trigo. Muchas veces, el consumo de varios de éstos resulta difícil de evitar.

La aparición de una reacción alérgica representa una experiencia traumática que debe ser evitada. Sin embargo, no puede predecirse cuándo y dónde tendrá lugar una reacción grave o incluso mortal. De hecho, tampoco puede predecirse con exactitud quienes están en riesgo. Con respecto a este último punto, la predicción de la situación de riesgo de una reacción alérgica grave a la ingesta de ciertos alimentos se basa en un análisis del papel del asma y de los antecedentes previos. Sin embargo, se sabe que sólo el 20% de las personas fallecidas por una reacción alérgica a los alimentos presentan el antecedente de una reacción de gravedad.

El manejo de la alergia a los alimentos por parte de profesionales no expertos en la materia puede determinar la exclusión injustificada de la dieta de ciertos alimentos, un aislamiento social inapropiado e incluso la desnutrición. Con respecto a la autoinyección de sustancias "de rescate", hasta el momento no existen indicios científicos que indiquen que ésta produzca ansiedad en los pacientes, la cual sí aparece frente a la alergia propiamente dicha. Por eso, el manejo exitoso de esta entidad se asocia con una mayor percepción de control por parte del paciente y su familia y con menores niveles de ansiedad. En general, los pacientes con un manejo correcto por parte de profesionales expertos en alergia nunca requieren la utilización de adrenalina. Sin embargo, es importante que los pacientes cuenten con la disponibilidad de botiquines con este fármaco, ya que no puede asegurarse que éste nunca va a ser necesario. Al respecto, la prescripción de dichos botiquines debe ser realizada por profesionales expertos y bajo un régimen de seguimiento.

El autor del presente artículo sostiene que el tratamiento de la alergia a alimentos debe expandirse más allá del manejo de los eventos alérgicos propiamente dichos. Al respecto, la terapia debe incluir la interacción con la familia del paciente y el otorgamiento a ésta de cierto poder por sobre la enfermedad. Esto último se logra a partir de un manejo adecuado de la entidad y de la provisión de los botiquines de emergencia que, aunque muchas veces nunca son empleados, permiten contrarrestar la ansiedad relacionada con la inseguridad y la percepción de falta de control.

PROPONEN ALGORITMO DIAGNOSTICO PARA EL ANGIOEDEMA RECURRENTE SIN URTICARIA

Presentación de la experiencia acumulada a lo largo de 11 años y presentación de un algoritmo de diagnóstico

Milán, Italia:

En un número considerable de casos es posible clasificar el angioedema recurrente sin urticaria y establecer su etiología mediante pruebas de laboratorio y una exhaustiva historia clínica personal y familiar, y debería examinarse la respuesta del cuadro a los fármacos antihistamínicos, ya que en el 80% de los casos sin causa aclarada se logra remisión o atenuación de los síntomas.

Fuente científica:

[**Canadian Medical Association Journal** 175(9):1065-1070, Oct 2006] – aSNC

Autores

Zingale LC, Beltrami L, Cicardi M

El trabajo que se describe a continuación resume la experiencia acumulada a lo largo de 11 años por los autores, especialistas en el diagnóstico del angioedema sin urticaria. Sus datos sugieren que esa afección puede clasificarse sobre la base de características clínicas y patogénicas, y se propone la utilización de un algoritmo de diagnóstico para los pacientes que consultan por tal motivo.

El angioedema, o edema localizado en el tejido subcutáneo o la mucosa, puede afectar la cara y otras áreas y habitualmente desaparece en 2 o 3 días. Como resultado de la liberación de histamina, es habitual la presencia de una erupción tipo urticaria ("ronchas"), que se atenúa con la administración de corticoesteroides y de fármacos antihistamínicos. Ocasionalmente, sin embargo, puede ocurrir angioedema sin urticaria, que no muestra respuesta a la medicación mencionada y se prolonga hasta 7 días.

Con el objetivo de investigar y clasificar aquellos pacientes que presentan esa última situación, los investigadores analizaron 929 casos consecutivos asistidos en un centro de atención de alta complejidad entre enero de 1993 y diciembre de 2003. Todos los participantes presentaron angioedema recurrente, sin urticaria.

Se obtuvo la historia clínica detallada de cada paciente, con especial énfasis en la identificación de cualquier alérgeno externo como causa posible de la enfermedad. Los antecedentes familiares también fueron verificados. La evaluación de los individuos incluyó: el examen físico cuidadoso, radiografías dentarias y de los senos paranasales, pruebas de laboratorio habituales (hemograma, proteinograma por electroforesis, velocidad de eritrosedimentación, etc.), examen parasitológico de materia fecal, cultivo de exudado faríngeo y urocultivo, determinación de anticuerpos contra los propios tejidos y análisis específicos del sistema del complemento (C1 inhibidor, C4 y C1q).

En los casos en los cuales todos los exámenes fueron negativos, se evaluó la respuesta al tratamiento con fármacos antihistamínicos, como cetirizina (20 mg/día) o desloratadina (10mg/día) durante 1 mes.

El 61% de los sujetos evaluados eran mujeres. Sobre el total de los casos analizados, 776

pacientes completaron la evaluación diagnóstica y pudo clasificarse el angioedema según su etiología.

En 124 individuos, la recurrencia de los síntomas se relacionó claramente con estímulos externos: medicación (45%), alimentos (36%), ambos (8%), mordedura de insectos (4%), y otros alérgenos medioambientales (3%). En otros 55 pacientes (7%) se identificó alguna enfermedad concomitante, ya sea infección o enfermedad autoinmune.

En 85 sujetos (11%) el angioedema se presentó durante el tratamiento con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, habitualmente dentro del primer mes de iniciada la medicación.

El angioedema hereditario, uno de cuyos criterios de diagnóstico es la deficiencia de inhibidor de C1, se estableció en 197 pacientes (25%).

Finalmente, no fue posible establecer la etiología del angioedema en 294 enfermos (38% de los casos). En el 86% de ellos, la administración de medicación antihistamínica resultó en la desaparición o atenuación notoria de los síntomas, mientras que en los restantes, no se tradujo en ningún beneficio. En algunos de los individuos de este último grupo, la administración de ácido tranexámico fue efectiva para aliviar el cuadro.

Los autores afirman que el presente constituye el primer estudio clínico sobre el angioedema sin urticaria publicado hasta la fecha. Además, proponen un algoritmo que puede ser usado por los médicos para investigar tales casos.

Como conclusión, el angioedema sin urticaria, puede evaluarse mediante pruebas habitualmente disponibles, lo que permite determinar su etiología en un número considerable de casos.

LA ADMINISTRACION DE OLIGOSACARIDOS PREBIOTICOS REDUCE EL RIESGO DE DERMATITIS ATOPICA

Estudio en 259 niños

Milán, Italia:

En los niños alimentados con leche de fórmula y cuyos padres presentan antecedentes de eccema atópico, rinitis alérgica o asma, la administración de un preparado de oligosacáridos prebióticos durante los primeros 6 meses de vida reduce la incidencia de dermatitis atópica.

Fuente científica:

[**Archives of Disease in Childhood** 91(10):814-819, Oct 2006] – aSNC

Autores

Moro G, Arslanoglu S, Boehm G

La administración de oligosacáridos prebióticos a niños alimentados con leche de fórmula y con riesgo elevado de atopía, reduce en éstos la incidencia de dermatitis atópica.

El desarrollo posnatal del sistema inmunológico depende en gran parte de la composición de la flora intestinal. Sobre la base de los oligosacáridos presentes en la leche humana, se ha desarrollado un preparado compuesto en un 90% por galactooligosacáridos (GOS) de cadena corta, y en un 10%, por fructooligosacáridos (FOS) de cadena larga, el cual, administrado a niños alimentados con leche de fórmula, produce una flora intestinal similar a la observada en aquellos alimentados con leche materna. La dermatitis atópica es, con frecuencia, la primera manifestación de alergia en los niños; al respecto, el comienzo temprano de las manifestaciones alérgicas se asocia con un mayor riesgo de la aparición de otras. En el presente trabajo, sus autores investigaron el efecto del agregado a la leche de fórmula del mencionado preparado con GOS y FOS sobre la incidencia de dermatitis atópica durante los primeros 6 meses de vida.

El estudio incluyó una población de niños nacidos en término y con peso adecuado para la edad gestacional, entre los años 2003 y 2005 en una maternidad de Milán, Italia, y cuyos padres presentaban antecedentes de eczema atópico, rinitis alérgica o asma. A pesar de que la política del hospital fue la recomendación de la lactancia a todos los niños, se solicitó a los padres de aquellos que comenzaran con leche de fórmula dentro de las primeras 2 semanas de vida que se contactaran con los investigadores para la inclusión de sus hijos en el presente estudio. Después de este contacto, los niños eran asignados en forma aleatoria a recibir el preparado con GOS y FOS en una relación de 0.8 gramos por cada 100 ml de leche, o a recibir, en la misma dosis, maltodextrina (placebo). En los controles de los niños, realizados en forma mensual hasta el sexto mes de vida, se evaluaba la presencia de dermatitis atópica, la cual se confirmaba por la presencia de prurito, compromiso de la cara y de la parte extensora de las extremidades, y duración mínima de los síntomas de 4 semanas. A su vez, la gravedad de las alteraciones cutáneas era calificada de acuerdo a un puntaje. Además, se analizó la consistencia y frecuencia de las deposiciones a partir del informe de los padres, y en 94 casos, se estudiaron muestras de éstas para el análisis microbiológico.

La investigación incluyó 259 niños, de los cuales 129 recibieron el preparado con oligosacáridos y 130 recibieron placebo. Un total de 53 niños (27 del primer grupo y 26 pertenecientes al segundo) abandonaron el estudio antes de su finalización, principalmente por reestablecimiento de la lactancia materna. Durante los primeros 6 meses de vida, se constató la aparición de dermatitis atópica en 10 niños del grupo tratado con GOS y FOS (9.8%) y en 24 de los que recibían placebo (23.1%). Sin embargo, los puntajes referidos a la gravedad de la entidad no fueron diferentes entre los niños afectados pertenecientes a ambos grupos. En las muestras fecales analizadas, se observó que la presencia de bifidobacterias fue significativamente superior en los niños que recibieron los oligosacáridos con respecto a aquellos que recibieron placebo, mientras que no se constataron diferencias significativas en la cantidad de lactobacilos. Por último y con relación a la aceptación y tolerancia a la fórmula, se observó que los niños que recibieron GOS y FOS presentaron regurgitación y llanto con menor frecuencia que aquellos tratados con placebo, aunque la diferencia con respecto a la incidencia de vómitos no fue significativa.

Los resultados del presente estudio indican que la administración de oligosacáridos prebióticos a niños en riesgo de atopia y alimentados con leche de fórmula, parece modular su sistema inmunológico, ya que esta intervención reduce la incidencia de dermatitis atópica.