



Volumen 11, Número1, Diciembre 2004

Informes SIIC

● TRATAMIENTO DE LA CONSTIPACION CON FOSFATO DE SODIO

Estudio en adultos con constipación funcional

New York, EE.UU. :

El fosfato de sodio parece ser útil para el tratamiento de la constipación en una dosis de 2 a 4 tabletas por día.

Fuente científica:

[Clinical Therapeutics 26(9):1479-1491, Sep 2004] – aSNC

Autores

Medoff J, Katz S, Malik P y col

La constipación resulta difícil de tratar en varios pacientes a pesar de los laxantes osmóticos y proquinéticos que surgieron en los últimos 5 años. La solución de fosfato de sodio (PNa) es un laxante osmótico disponible desde hace más de 100 años. La dosis laxante recomendada es de 20 a 45 ml/d y contiene 13.2 a 29.7g de sal de PNa. Desde 1990 se usan 90ml de solución de PNa con 59.4g PNa como preparación para la colonoscopia. Las tabletas de PNa están disponibles desde 2001 en EE.UU. para limpiar el intestino antes de la colonoscopia. Cada tableta contiene 1.5g Pna y la dosis recomendada es de 40 tabletas, es decir, 60g; aunque una dosis menor, de 28 a 32 tabletas podría ser también efectiva. Sin embargo, el uso de tabletas de PNa no se había estudiado previamente para la constipación. Por ello, los autores realizaron una investigación para determinar las dosis de Pna a utilizar para el tratamiento de la constipación, su tolerancia y eficacia en un período de 28 días. Se eligió una dosis de comienzo de 4 u 8 tabletas, es decir, 6 o 12g PNa. Se incluyeron adultos con constipación funcional o síndrome de intestino irritable con constipación como manifestación principal con ≤ 3 deposiciones espontáneas en un período de 7 días previo al estudio. Fueron seleccionados al azar para recibir una dosis de comienzo de 4 tabletas de PNa - grupo A- u 8 tabletas de PNa -grupo B- cada mañana por 28 días. Luego de 48 horas, la dosis de Pna podía elevarse, en caso de que no hubiera deposiciones o alivio de los síntomas hasta un máximo de 12 tabletas/d, o disminuirse en caso de una respuesta laxante excesiva en 2 tabletas hasta un mínimo de 2 tabletas/d. Los pacientes mantenían un registro diario de sus deposiciones o síntomas intestinales. Todas las semanas se realizaba una rutina de laboratorio. Los principales objetivos a evaluar fueron la respuesta a la constipación, basado en el número de deposiciones semanales y la respuesta global, basado en los registros diarios de los pacientes según su percepción del cambio global de sus problemas intestinales. Como resultado, la respuesta a la constipación fue de 100% en el grupo A y de 95.8% en el grupo B y la respuesta global fue de 68,8% y 79.2%, respectivamente. Cuatro pacientes del grupo B se retiraron por efectos adversos, ninguno de los cuales fueron serios; 5 pacientes presentaron hipokalemia que no requirió tratamiento. Los cambios en las concentraciones séricas de calcio, fósforo y potasio no fueron clínicamente significativas y no requirieron tratamiento. Los autores concluyen que la toma diaria de tabletas de PNa fue bien tolerada, en particular en el grupo que ingirió menores dosis y produjo un pronto alivio de la constipación, generalmente en la primera semana de tratamiento, que se mantuvo durante el período de 28 días. Los autores sugieren que una dosis de comienzo razonable podría ser de 2 a 4 tabletas, es decir, 3 a 6g de PNa por día.

RELACION ENTRE LA DIETA MEDITERRANEA Y LA LONGEVIDAD

Revisión de cuatro estudios acerca de la relación entre esta dieta y la longevidad

Atenas, Grecia :

Los ocho componentes característicos de la dieta mediterránea parecen determinar una menor mortalidad general. El alto consumo de grasas monoinsaturadas, frutas y verduras parece asociarse con una mayor sobrevida.

Fuente científica:

[Public Health Nutrition 7(7):943-947, Oct 2004] – aSNC

Autores

Trichopoulou A

La dieta mediterránea parece asociarse con la longevidad. El saludable patrón nutricional que se consume en los países de esta región parece estar relacionado con una mayor sobrevida según la evidencia biológica existente acerca de sus componentes principales. Los países que integran la región mediterránea varían en cultura, etnia, religión y desarrollo económico pero el patrón alimentario que prevalece en todos ellos es muy similar. Por esto, ha podido establecerse un tipo de dieta llamada mediterránea tradicional. Esta dieta se caracteriza por contar con ocho componentes característicos: alta relación entre lípidos monoinsaturados y saturados (principalmente aceite de oliva), consumo moderado de alcohol, alto consumo de legumbres, de cereales no refinados (incluyendo pan), de frutas y de verduras, bajo consumo de carne y sus derivados y consumo moderado de leche y productos lácteos. Varios estudios han propuesto que una gran proporción de estos elementos en la dieta produce un efecto saludable. Las evidencias para sus hipótesis fueron epidemiológicas y biológicas. Cuatro estudios recientes han aportado evidencia directa acerca de las propiedades beneficiosas de la dieta mediterránea en la salud. Estos estudios se realizaron en Grecia, Dinamarca, Australia y España, todos con resultados similares. Estos cuatro estudios mencionados concluyeron que una dieta que se adhiere a los principios de dieta mediterránea está asociada con una mayor sobrevida. En Grecia y España es particularmente elevado el consumo de aceite de oliva. En Grecia entre los vegetales consumidos se incluyen aquellos verdes salvajes, que incluyen gran cantidad de flavonoides. Estos flavonoides son considerados uno de los antioxidantes más importantes de la dieta humana. Existen bases biológicas sólidas que apoyan la teoría de los beneficios de la dieta mediterránea. Se ha establecido que el consumo moderado de bebidas alcohólicas protege contra las enfermedades cardiovasculares. El consumo de vino durante las comidas es característico de la dieta mediterránea. También se ha demostrado el incremento del colesterol HDL producido por las grasas monoinsaturadas particularmente del aceite de oliva y los efectos protectores contra el cáncer del consumo de frutas y verduras. Un envejecimiento óptimo no sólo incluye longevidad sino buena calidad de vida. A pesar de que la relación entre dieta y calidad de vida no ha sido objeto de numerosos estudios, existe evidencia que sostiene que el aceite de oliva podría contribuir a la preservación de la función cognitiva y el desempeño físico en la tercera edad. La autora concluye que la adherencia a la dieta mediterránea contribuye a la buena salud de los habitantes de esa región. Sostiene que, aunque el relajado ambiente psicosocial de muchos de estos países y su tradición familiar podrían contribuir a la óptima salud de sus habitantes, algunos componentes de la dieta cuentan con evidencia biológica que apoya sus efectos beneficiosos.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES 2

Estudio de la utilidad de un cuestionario que califica esta adherencia en 301 pacientes

New York, EE.UU :

Por medio de un cuestionario podría evaluarse la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes tipo 2. Un puntaje alto, que indica mejor adherencia, parece estar asociado con una menor concentración de hemoglobina glicosilada y por lo tanto con menor riesgo de complicaciones microvasculares.

Fuente científica:

[*Annals of Pharmacotherapy* 38(9):1357-1362, Sep 2004] – aSNC

Autores

Krapek K, King K, Warren S y colaboradores

Una buena adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes con diabetes tipo 2 se asocia con valores bajos de hemoglobina glicosilada (HbA1c). La adherencia al tratamiento podría estimarse por medio del puntaje de Morisky. De esta manera, podrían ser identificados los pacientes de mayor riesgo que necesitarán un seguimiento más personalizado. Varios estudios han demostrado que un control estricto de la glucemia en los pacientes con diabetes, se correlaciona con una menor incidencia de complicaciones microvasculares. La American Diabetes Association ha establecido como valor óptimo de HbA1c a aquel menor de 7%. Un estudio previo demostró que los pacientes con un buen autocuidado de su diabetes lograban menores valores de HbA1c que aquellos que no se cuidaban de la misma manera. Con el objeto de analizar la relación entre la adherencia al tratamiento de la diabetes y el control de la glucemia, un grupo de investigadores norteamericanos diseñó un estudio para medir la adherencia según la escala Morisky. Esta escala fue creada originalmente para evaluar la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión, y luego fue utilizada para los pacientes con HIV. Un total de 301 pacientes con diabetes tipo 2 respondieron al cuestionario Morisky. Este cuestionario consistía en cuatro preguntas referidas a: olvido de tomar la medicación, descuido frecuente de tomarla, no tomarla con la frecuencia indicada y no tomarla si nota que al hacerlo se siente peor. Para cada respuesta negativa se atribuía un punto. Un total sería más alto cuanto mejor fuera la adherencia al tratamiento. De todos los participantes se estudió su concentración de HbA1c. Los resultados mostraron que un 13% de los participantes obtuvieron un puntaje de Morisky de 0 o 1, un 14% de 2, un 24.3% de 3 y un 48,8% de 4. Los pacientes con puntaje de Morisky de 0 o 1 mostraron una HbA1c media de 8.92%. Para quienes obtuvieron puntajes totales de 2, 3 y 4 los valores medios de HbA1c fueron de 8.67%, 7.74% y 7.60% respectivamente. Una buena adherencia al tratamiento (puntaje Morisky ≥ 3) se asoció con un 10% menos de HbA1c luego de ajustar todos los demás factores. La mayor duración de la diabetes y la presencia de complicaciones también estaban significativamente asociados con la HbA1c. Los autores concluyen que un método sencillo, corto y fácil de administrar como el puntaje Morisky representa una herramienta poderosa y útil para el análisis de la adherencia de los pacientes con diabetes tipo 2 a su tratamiento. Los resultados de este puntaje parecen asociarse con los valores de HbA1c: cuánto mejor sea la adherencia al régimen terapéutico, menor será la concentración de HbA1c. Una vez identificados los pacientes con una peor adherencia, los médicos tratantes podrán realizar sobre ellos un seguimiento más personal.

UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA PRECOZ EN PACIENTES CON DOLOR TORACICO

Estudio sobre la utilidad de aparatos portátiles de ultrasonido

Los Angeles, EE.UU :

La utilización de aparatos de ultrasonido de tipo portátil para realizar ecocardiogramas en los pacientes con dolor torácico parece ser de costo relativamente bajo y altas sensibilidad y especificidad para inferir la causa de la mencionada afección.

Fuente científica:

[American Journal of Cardiology 94(3):408-409, Ago 2004] – aSNC

Autores

Atar S, Feldman A, Darawshe A, y colaboradores

La realización de un ecocardiograma precoz en un paciente que se presenta con dolor torácico parece aumentar la precisión en el diagnóstico etiológico al compararla con la de los algoritmos actuales. El costo relativamente bajo de la utilización de aparatos portátiles y su alta resolución de imagen podrían producir una modificación en la práctica médica tradicional. Los instrumentos de ultrasonido portátiles, debido a su disponibilidad junto a la cama del paciente, podrían ser útiles para la detección rápida de anomalías en la movilidad de las paredes cardíacas. Con el objetivo de evaluar su utilidad y precisión en el diagnóstico de estas afecciones fue diseñado un estudio de tipo prospectivo. En la investigación fueron incluidos los pacientes que se presentaban a la sala de emergencias con dolor torácico y cuya causa se sospechaba de origen isquémico. Debían contar con un electrocardiograma normal y una primera cuantificación de troponina T y creatinquinasa normal. En total sumaron 70 individuos. Un cardiólogo realizó e interpretó los ecocardiogramas de todos ellos utilizando un aparato portátil y dentro de los 15 primeros minutos de la llegada de cada paciente al hospital. La interpretación de estos estudios estaba referida a la función del ventrículo izquierdo y a la existencia o no de anomalías en la movilidad de las paredes. El seguimiento se realizó durante 30 días mediante los registros hospitalarios de posteriores resultados e información proveniente del primer médico asistente o del propio paciente. Los informes basados en las imágenes del ecocardiograma, realizados por el especialista, presentaron una alta concordancia con los diagnósticos confirmados al egreso hospitalario de los pacientes con síndrome coronario agudo. Con relación a su detección, su sensibilidad fue de 100% y su especificidad de 93%, con un valor predictivo positivo de 71% y negativo de 100%. Además, en algunos pacientes otras patologías fueron detectadas y luego confirmadas por ecocardiogramas transtorácicos, como hipertrofia del ventrículo izquierdo, prolapso de válvula mitral, o derrame pericárdico moderado. Los autores concluyen que la realización de ecocardiogramas con aparatos portátiles en pacientes con dolor torácico podría implicar un aumento en la precisión diagnóstica respecto de los algoritmos actuales. Estos aparatos de relativo bajo costo, simples y con alta resolución de imagen, aportarían elevada sensibilidad y especificidad a la inferencia del diagnóstico etiológico.

EL SINDROME DE FATIGA CRONICA SE ASOCIA CON ALTERACION DEL SISTEMA INMUNE

Resultados del comité de expertos realizado en el 2001

Atlanta, EE.UU. :

El síndrome de fatiga crónica no puede ser comprendido por mediciones aisladas de disfunción inmune, endócrina, cardiovascular y del sistema nervioso autónomo, por lo que se requieren nuevos estudios multidisciplinarios.

Fuente científica:

[*Neuroimmunomodulation* 11(6):351-357, Oct 2004] – aSNC

Autores

Gerrity T, Papanicolaou D, Amsterdam J y colaboradores

El síndrome de fatiga crónica (SFC) afecta a personas de diferentes edades, razas y grupos socioeconómicos, en la mayoría de los casos no son diagnosticados y no reciben el tratamiento adecuado para su enfermedad. Es dos veces más común en mujeres que en hombres. Los criterios diagnósticos para SFC de 1994 incluyen: a) fatiga inexplicada, persistente o recurrente de por lo menos 6 meses de duración, no resultante de la práctica de ejercicios, que no alivia de forma sustancial con el descanso y produce reducción de los niveles previos de actividades laborales o personales, y b) cuatro o más de los siguientes síntomas: deterioro de la memoria a corto plazo o de la concentración, faringitis, ganglios cervicales o axilares sensibles, dolor muscular, dolor en varias articulaciones sin flogosis, cefalea nueva, sueño no reparador y malestar posterior al ejercicio que dura más de 24 horas. El SFC parece ser un trastorno multisistémico, pero su etiología y fisiopatología se desconocen, aunque varios estudios sugieren un compromiso del sistema inmune. En octubre de 2001, se reunió un comité de expertos en EE. UU para unificar los conocimientos existentes sobre SFC y las perspectivas futuras de ésta patología, de las principales premisas se destacan que los pacientes con SFC presentan anomalías inmunológicas como disminución de la actividad natural killer, aumento del porcentaje de células T que expresan marcadores de activación, disminución de la activación de linfocitos por ciertos mitógenos y antígenos solubles, aumento de la producción de ciertas citoquinas proinflamatorias, hipergammaglobulinemia, aumento del título de varios anticuerpos y presencia de complejos inmunes, lo que apoya la conclusión de que la desregulación de la respuesta inmune celular y humoral se asocia con SFC. La sobreproducción de citoquinas, puede contribuir a la patogénesis de la fatiga crónica y otros síntomas. Las patologías infecciosas podrían intervenir en la patogénesis del SFC, preferentemente las infecciones activas persistentes. La evidencia más fuerte es el hallazgo de actividad persistente de virus de Epstein-Barr (VEB) o HHV-6 en hasta 30% de los pacientes con SFC. La búsqueda de agentes infecciosos en pacientes con SFC debería responder a los síntomas específicos y apuntar a detectar anticuerpos circulantes y antígenos de los agentes implicados en el SFC, como el VEB, HHV- 6,7 y 8, citomegalovirus, enterovirus, rickettsias, retrovirus, fiebre Q y enfermedad de Lyme, entre otros. Los pacientes con mononucleosis infecciosa pueden desarrollar enfermedad crónica con manifestaciones similares al SFC. Además, el SFC se asocia con un eje hipotálamo-hipofiso-adrenal menos activo. La conclusión de los autores es que el SFC no puede ser comprendido sobre la base de mediciones aisladas de disfunción inmune, endócrina, cardiovascular y del sistema nervioso autónomo, por lo que destacan la importancia de investigaciones multidisciplinarias sobre dicha entidad.