

Continuamos acercándoles a los lectores un breve comentario de varios artículos de publicación reciente para su lectura de acuerdo al interés individual.

Suplemento de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPCL) en la fórmula de alimentación infantil y presión arterial (PA) en la niñez posterior: seguimiento de un trabajo controlado y aleatorizado.

(*BMJ 2003;326:953-955*). Los neonatos que reciben leche materna tienen posteriormente menor PA que aquellos alimentados en base a fórmulas (las mismas tienen una deficiencia de AGPCL). Una serie de estudios en adultos demostraron la disminución de la PA con suplementos dietarios de ácidos grasos omega 3. El objetivo de este trabajo fue determinar si el suplemento de AGPCL en los niños alimentados en base a fórmulas influía sobre la PA en la niñez posterior. Se realizó un trabajo multicéntrico, doble ciego, aleatorizado y controlado. Un grupo de neonatos recibió una alimentación durante cuatro meses con una fórmula con suplemento de AGPCL, mientras que otro grupo fue alimentado con una fórmula sin suplemento. El grupo control estaba constituido por niños con lactancia materna. Se midió la PA a los seis años. La PA diastólica fue significativamente menor en el grupo con suplemento: $-3,6\text{mmHg}$ (IC95%, $-6,5$ a $-0,6\text{mmHg}$; $p=0,018$). La PA media también fue menor: -3mmHg (IC 95%, $-5,4$ a $-0,5\text{mmHg}$; $p=0,02$). No hubo diferencias en la PA sistólica entre ambos grupos. La PA en el grupo de lactancia materna se comportó de la misma forma que en el grupo con suplemento. Una limitación del estudio es que hubo una pérdida del seguimiento del 40% grupo original. Este trabajo tendría relevancia en las estrategias de prevención de salud a largo plazo en la población, ya que las desviaciones de la PA en la niñez se amplifican en la edad adulta.

Efectos del inicio de carvedilol en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) severa. Resultados del estudio COPERNICUS

(*JAMA 2003;289:712-718*). A pesar que el carvedilol demostró reducir un 35% el riesgo de muerte a largo plazo en pacientes con IC severa, existe una utilización menor a lo prevista relacionada con que los médicos creen que es difícil el período de inicio y titulación de estas drogas, y a que piensan que el efecto favorable del carvedilol es tardío. El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos tempranos del carvedilol en pacientes con IC severa. Se realizó un análisis del estudio COPERNICUS (multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado) que incluyó 2289 pacientes con síntomas de IC en reposo o al esfuerzo mínimo y una fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor del 25%. Todos los pacientes fueron tratados con un diurético para mantener clínicamente la euvolemia y con un inhibidor de la enzima convertidora o antagonista de los receptores de angiotensina II. De los 2289 pacientes, 1133 recibieron placebo y 1156 carvedilol. La dosis de inicio fue de 3,125mg dos veces por día, con una titulación gradual a un objetivo de 25mg dos veces día a las seis semanas. El 27% había presentado descompensación cardíaca reciente (dos semanas) o recurrente (mayor a dos internaciones en el último año) o fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor al 15%, definidos como grupo de muy alto riesgo. En el grupo tratado con carvedilol hubo menos pacientes que fallecieron, se internaron o abandonaron el tratamiento (riesgo relativo [RR] de 0,83; IC 95%, 0,68 a 1,03). A través del estudio estadístico se determinó que la diferencia en favor del carvedilol había comenzado entre los 14 a 21 días del inicio del tratamiento. El efecto favorable es particularmente más marcado en el análisis del grupo

de muy alto riesgo. La progresión de la IC fue similar en los grupos carvedilol y placebo (5,1% vs 6,4%, respectivamente). Los principales efectos adversos atribuibles al carvedilol fueron mareos, hipotensión, bradicardia y edema periférico. Los hallazgos del estudio COPERNICUS desafían las creencias sobre la eficacia y tolerabilidad de los bloqueantes alfa-beta, como también demuestran evidencia sobre el efecto benéfico temprano del tratamiento.

Eficacia y seguridad de la efedra y la efedrina para la reducción de peso y para mejorar el desempeño atlético

(*JAMA 2003;289:1537-1545*) La efedra y la efedrina son utilizadas para reducir peso y mejorar el desempeño atlético, aunque son inciertas la eficacia y seguridad de estas drogas. Se realizó un metaanálisis luego de seleccionar 52 trabajos controlados y 65 casos control. En cuanto al desempeño atlético no se encontraron trabajos sobre efedra y los 7 trabajos de efedrina fueron muy heterogéneos para sintetizar evidencia. Acerca de la seguridad de estas drogas, el análisis mostró un odds ratio (OR) de 2,2 a 3,6 en el incremento de síntomas psiquiátricos, autonómicos, gastrointestinales y palpitations con estas drogas. Finalmente en cuanto a la pérdida de peso no se encontraron trabajos mayores a seis meses. Los resultados comparando placebo con efedrina ($n=5$), efedrina y cafeína ($n=12$), efedra ($n=1$) y efedra y cafeína ($n=4$) mostraron un descenso de peso estimado de 0,6kg (IC95%: 0,2-1,0), 1kg (IC95%: 0,7-1,3), 0,8kg (IC 95%, 0,4-1,2) y 1kg (IC 95%, 0,6-1,3) por mes, respectivamente. Se observa así que tanto la efedra como la efedrina solo promueven una modesta pérdida de peso en el corto plazo. Cabe recordar que la sibutramina y el orlistat demostraron una pérdida de peso contra placebo de 2,7 a 4,5kg en 6 a 12 meses.

Caminatas y práctica de actividad recreativa y riesgo de fractura de cadera (FrC) en mujeres postmenopáusicas.

(*JAMA 2002;288:2300-2306*). Si bien la actividad física puede reducir el riesgo de FrC, no ha sido determinado el tipo y duración de la misma. Se realizó un análisis prospectivo de la cohorte del Nurses Health Study (61200 mujeres entre 40 y 77 años) durante 12 años de seguimiento. Se analizó la relación entre caminar y realizar actividad recreativa y el riesgo de FrC en mujeres postmenopáusicas. Se excluyeron aquellas fracturas relacionadas a un trauma importante y aquellas mujeres con antecedentes de FrC o con diagnóstico de cáncer, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular u osteoporosis. Después del análisis multivariable el riesgo de FrC disminuyó un 6% (IC 95%, 4-9%; $p<0,001$) por cada incremento de tres equivalentes metabólicos (MET) hora por semana de actividad (equivalente a una hora por semana de caminata). Las mujeres con actividad física de 24 MET/hora/semana disminuyeron las FrC en un 55% (RR 0,45; IC 95%, 0,32-0,63; $p<0,01$) en comparación con mujeres sedentarias (menos de 3 MET/hora/semana). Caminar sólo cuatro horas por semana fue asociado a un menor riesgo de FrC (RR 0,59; IC 95%, 0,37-0,94) comparado con mujeres sedentarias. Las mujeres que estuvieron paradas más de 55 horas por semana tuvieron también menor riesgo de FrC (RR 0,54; IC 95%, 0,35-0,84) que las que estuvieron menos de 10 horas por semana de pie. Estos resultados sugieren que el ejercicio más común en este grupo de mujeres, caminata, es adecuado para la reducción del riesgo de fracturas de cadera.

Dr. Federico Capparelli [Residente Medicina Interna, Instituto Universitario CEMIC]

Dr. Alejandro Abbate [Profesor Asistente y Coordinador de la Carrera de Especialización y Residencia de Medicina Interna - Instituto Universitario CEMIC]