

DIFUSIÓN DE
NOVEDADES EN FARMACOLOGÍA Y TERAPÉUTICA
PARA LOS MÉDICOS DE FEMEBA

Agosto 2017

El Área de Farmacología y Terapéutica tiene como misión proporcionar información científico-técnica independiente y actualizada sobre medicamentos y su uso, respondiendo a las necesidades informativas específicas a las áreas de la Federación que así lo requieran.

En esta sección diariamente seleccionamos información de los problemas de salud más frecuentes, junto con reseñas de temas epidemiológicos relevantes y una mirada sobre los aspectos sociales del uso de los medicamentos.

Le acercamos los 10 más relevantes de los reseñados en el último mes:

Temas clínicos

- Actualización en semiología: cómo diagnosticar hipotensión ortostática
- Homeopatía: un informe del Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra
- Liraglutida: no recomendada para la obesidad
- Los edulcorantes se asocian a ganancia de peso en los estudios observacionales
- ¿Qué hacer con la anticoagulación crónica luego de una hemorragia intracraneal?
- Tuberculosis latente: revisión de las opciones de tratamiento
- VIH: se desarrolló un tratamiento antiviral inyectable con una sola dosis mensual

Salud Pública

- Encuesta en Salta: más de la mitad de los chicos no desayunan en casa

Práctica profesional

- Dolor de cuello: una puesta al día
- Intervenciones que no se deberían utilizar rutinariamente en atención primaria

Más información:

Sitio web de Fundación FEMEBA. <http://www.fundacionfemeba.org.ar/>



Para localizar las publicaciones sobre un tema de interés, usar el cuadro **"Buscar"** en la parte superior derecha de la página.



ACTUALIZACIÓN EN SEMIOLOGÍA: CÓMO DIAGNOSTICAR HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA

JAMA Internal Medicine, 24 de julio de 2017

1.



Un minuto en posición de pie es suficiente para identificar aquellos cuyo descenso de tensión arterial se asocia a síntomas y a resultados de salud desfavorables.

Importancia: las guías recomiendan evaluar la hipotensión ortostática (HO) 3 minutos después de levantarse de posición supina a posición de pie. No se sabe si las mediciones realizadas inmediatamente después de pararse predicen los eventos adversos tan fuertemente como las mediciones realizadas más cerca de los 3 minutos.

Objetivo: comparar las mediciones tempranas y tardías de HO y su asociación con la historia de mareos y resultados adversos longitudinales.

Diseño, ámbito y participantes: se trata de un estudio de cohorte prospectivo de participantes de mediana edad (rango, 44-66 años) en el Estudio de Riesgo de Aterosclerosis en Comunidades (1987-1989).

Exposiciones: hipotensión ortostática, definida como una disminución de la presión arterial (PA) (PA sistólica \geq 20 mm Hg o PA diastólica \geq 10 mm Hg) desde la posición supina a la posición de pie, medida hasta 5 veces a intervalos de 25 segundos.

Principales resultados y medidas: se determinó la asociación de cada una de las 5 mediciones de HO con la historia de mareos al pararse (regresión logística) y el riesgo de caída, fractura, síncope, accidentes automovilísticos y mortalidad por todas las causas (regresión de Cox) sobre una mediana de 23 años de seguimiento (hasta el 31 de diciembre de 2013).

Resultados: en 11.429 participantes (edad media de 54 años, 6220 [54%] eran mujeres, 2.934 [26%] eran negros) con al menos 4 mediciones de HO después de ponerse de pie, después del ajuste, la HO evaluada en la primera medición (media [DS] 28 [5.4] segundos después de pararse, rango, 21-62 segundos) fue la única medida asociada con probabilidades más altas de vértigo (odds ratio [OR] 1,49; IC95%: 1,18-1,89). La medición 1 se asoció también con tasas más elevadas de fracturas, síncope y muerte, a saber 18,9, 17,0 y 31,4 por 1000 personas-año, respectivamente. La HO en la medición 2 se asoció con la tasa más alta de caídas y de choques de vehículos motorizados, con valores de 13,2 y 2,5 por 1000 personas-año. Además, después del ajuste, la medición 1 se asoció significativamente con el riesgo de caída (HR 1,22; IC95%: 1,03-1,44), fractura (HR 1,16; IC95%: 1,01-1,34), síncope (HR 1,40; IC95%: 1,20-1,63), y mortalidad (HR 1,36; IC95%: 1,23-1,51). La medición 2 (tomada a una media [SD] de 53 [7,5] segundos, rango, 43-83 segundos) se asoció con todos los resultados a largo plazo, incluidos los accidentes automovilísticos (HR 1,43; IC95%: 1,04-1,96). Las mediciones obtenidas después de 1 minuto no se asociaron con mareos y se asociaron inconsistentemente con los resultados individuales a largo plazo.

Conclusiones y relevancia: en contraste con las recomendaciones predominantes, las mediciones de HO realizadas dentro del primer minuto de estar de pie fueron las más fuertemente relacionadas con mareos y resultados adversos individuales, lo que sugiere que la HO se evalúa dentro de 1 minuto de estar de pie.

Artículo original:

Juraschek SP, Daya N, Rawlings AM, Appel LJ, et al. Association of History of Dizziness and Long-term Adverse Outcomes With Early vs Later Orthostatic Hypotension Assessment Times in Middle-aged Adults. JAMA Intern Med. Published online July 24, 2017.

• <http://bit.ly/2uTrqio>

HOMEOPATÍA: UN INFORME DEL BOLETÍN DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE NAVARRA

BIT de Navarra Volumen 25, número 1, 31 de julio de 2017

2.



“La homeopatía como abordaje no científico de la terapia farmacológica”.

La homeopatía es un abordaje terapéutico de los problemas de salud sin el apoyo científico necesario para avalar su validez ni utilidad. Su impacto social real es pequeño pero debe ser conocido y analizado en el conjunto de las muchas pseudoterapias que se ofrecen a la sociedad.

Las numerosas evaluaciones independientes realizadas han demostrado que la homeopatía no es útil para ninguno de los problemas de salud estudiados más allá del efecto placebo. La homeopatía utiliza para su apariencia de eficacia de otros elementos como la evolución natural de la enfermedad y la regresión a la media, entre otros, y así relacionar su administración con la percepción de mejoría de los pacientes.

Otros sesgos cognitivos de los pacientes son también utilizados para dicho efecto. Ningún sanitario debería ofrecer homeopatía a sus pacientes. La sociedad espera de sus profesionales un abordaje científico de los problemas de salud para encontrar la mejor solución a los mismos. La manipulación cognitiva de las personas vulnerables ofreciéndoles remedios basados en creencias, debería ser rechazada.

Artículo original:

El número completo del BIT de Navarra Volumen 25, número 1, Vicente Baos. Médico de Familia. Servicio Madrileño de Salud.

- <http://bit.ly/2uNbnBX>

LIRAGLUTIDA: NO RECOMENDADA PARA LA OBESIDAD

Drug and Therapeutics Bulletin, julio de 2017

3.



Dada la modesta eficacia, la frecuencia de efectos adversos, el inconveniente de una inyección subcutánea diaria y el alto costo, no se recomienda su uso de rutina en el control del peso.

Resumen

Desde 1950, 25 fármacos contra la obesidad han sido retirados del mundo, en gran medida como resultado de efectos adversos. Durante varios años, el orlistat ha sido el único fármaco licenciado en el Reino Unido para el control del peso. En enero de 2017, se lanzó una nueva presentación del análogo del péptido tipo glucagón-1 (GLP-1) liraglutida como complemento de una dieta reducida en calorías y aumento de la actividad física para el control del peso en adultos. Aquí, revisamos la evidencia de su eficacia y seguridad y consideramos su lugar en el manejo de personas con sobrepeso u obesidad.

Conclusión:

El sobrepeso u obesidad está relacionado con el aumento de la morbilidad y la mortalidad. El enfoque principal de la gestión debe incluir la dieta, el estilo de vida y las intervenciones de comportamiento como parte de un enfoque individualizado para lograr una pérdida de peso sostenible.

Liraglutida, un agonista GLP-1 inyectable originalmente licenciado para el control glucémico en diabetes, ahora también está licenciado como un producto separado para el control del peso en adultos, como complemento de una dieta controlada en calorías y ejercicio físico.

Los ensayos de liraglutida controlados con placebo incluyeron consejería dietética y de ejercicios, con aumento de la actividad física a 150 minutos / semana y reducción de la ingesta diaria de energía a 500 kcal por debajo del requerimiento energético individualizado. Liraglutida dio como resultado una pérdida de peso adicional de aproximadamente 5% con respecto al placebo. Las comparaciones indirectas sugieren que produce mayor pérdida de peso que el orlistat.

No está claro si algún beneficio se mantiene sin tratamiento continuo, ya que un promedio de 2-3% de peso corporal se recuperó dentro de las 12 semanas de la interrupción de la terapia con liraglutida en los estudios que midieron este resultado.

Hasta un 10% de los pacientes que tomaron liraglutida abandonaron los ensayos clínicos debido a los efectos adversos. Los efectos adversos gastrointestinales como náuseas y vómitos fueron muy frecuentes con liraglutida y se produjeron en aproximadamente el 40% y el 15% de los pacientes, respectivamente. Algunos pacientes experimentaron efectos adversos más graves, incluyendo pancreatitis.

Dada la modesta pérdida de peso, la preocupación por los efectos adversos, el inconveniente de una inyección subcutánea diaria y el alto costo de la liraglutida (casi 2.400 € al año), no lo recomendamos para uso de rutina en el control del peso.

Artículo original:

Liraglutide for weight management. DTB 2017;55:78-81.

- <http://bit.ly/2tinpEy>

LOS EDULCORANTES SE ASOCIAN A GANANCIA DE PESO EN LOS ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Canadian Medical Association Journal, 17 de julio de 2017

4.



Una extensa revisión de ensayos clínicos y estudios de cohorte no encuentra evidencia clara del beneficio de usar endulzantes artificiales.

Resumen

Antecedentes: los edulcorantes no nutritivos, como el aspartamo, la sucralosa y el estevió-sido, se consumen ampliamente, pero su impacto a largo plazo en la salud es incierto. Se sintetizaron las pruebas de estudios prospectivos para determinar si el consumo rutinario de edulcorantes no nutritivos se asoció con efectos cardiometabólicos adversos a largo plazo.

Métodos: se realizaron búsquedas en MEDLINE, Embase y Cochrane Library (desde su inicio hasta enero de 2016) para ensayos controlados aleatorizados (ECA) que evaluaran como intervención a los edulcorantes no nutritivos, y estudios prospectivos de cohortes que informaron sobre el consumo de edulcorantes no nutritivos entre adultos y adolescentes. El resultado primario fue el índice de masa corporal (IMC). Los resultados secundarios incluyeron peso, obesidad y otros puntos cardiometabólicos.

Resultados: de 11.774 citas, se incluyeron 7 ECA (1003 participantes, mediana de seguimiento 6 meses) y 30 estudios de cohorte (405.907 participantes, mediana de seguimiento 10 años). En los ECA incluidos, los edulcorantes no nutritivos no tuvieron efectos significativos sobre el IMC (diferencia de medias -0,37 kg/m², intervalo de confianza del 95% [IC] -1,10 a 0,36, I² 9% y 242 participantes). En los estudios de cohortes el consumo de edulcorantes no nutritivos se asoció con un modesto aumento del IMC (correlación media 0,05; IC95%: 0,03 a 0,06; I² 0%: 21.256 participantes). Los datos de los ECA no mostraron efectos consistentes de los edulcorantes no nutritivos sobre otras medidas de la composición corporal y no informaron resultados secundarios adicionales. En los estudios de cohortes, el consumo de edulcorantes no nutritivos se asoció con aumentos de peso y circunferencia de cintura, y mayor incidencia de obesidad, hipertensión, síndrome metabólico, diabetes tipo 2 y eventos cardiovasculares. Se sospechó sesgo de publicación en los estudios que medían diabetes como resultado.

Interpretación: la evidencia de ECA no apoya claramente los beneficios previstos de los edulcorantes no nutritivos para el manejo del peso, y los datos observacionales sugieren que la ingesta rutinaria de edulcorantes no nutritivos puede estar asociada con un aumento del IMC y del riesgo cardiometabólico. Se necesitan más investigaciones para caracterizar completamente los riesgos y beneficios a largo plazo de los edulcorantes no nutritivos.

Artículo original:

Azad MB, Abou-Setta AM, Chauhan BF, et al. Nonnutritive sweeteners and cardiometabolic health: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and prospective cohort studies. CMAJ July 17, 2017 189:E929-E939; doi:10.1503/cmaj.161390

• <http://bit.ly/2tiDFoU>

¿QUÉ HACER CON LA ANTICOAGULACIÓN CRÓNICA LUEGO DE UNA HEMORRAGIA INTRACRANEAL?

Stroke, junio de 2017

5.



Las evidencias disponibles provienen sólo de estudios observacionales y sugieren que retomar la anticoagulación reduce el riesgo de eventos isquémicos sin aumentar los hemorrágicos. Se requieren ensayos clínicos aleatorizados.

Resumen

Antecedentes y propósito: la seguridad y la eficacia de reiniciar la terapia de anticoagulación después de la hemorragia intracranial (HIC) siguen sin estar claras. Realizamos una revisión sistemática y un metaanálisis para resumir las asociaciones de reanudación de la anticoagulación con el consiguiente riesgo de recurrencia de ICH y tromboembolismo.

Métodos: se realizaron búsquedas en la literatura médica publicada para identificar estudios de cohorte en adultos con HIC asociada a la anticoagulación. Nuestra variable predictora fue la reanudación de la anticoagulación. Las medidas de resultado fueron eventos tromboembólicos (accidente cerebrovascular e infarto de miocardio) y recurrencia de HIC. Después de evaluar la heterogeneidad de los estudios y el sesgo de publicación, se realizó un metaanálisis utilizando modelos de efectos aleatorios para evaluar la fuerza de asociación entre la reanudación de la anticoagulación y nuestros resultados.

Resultados: ocho estudios fueron elegibles para su inclusión en el meta-análisis, con 5.306 pacientes con HIC. Casi todos los estudios evaluaron la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K. La reiniciación de la anticoagulación se asoció con un riesgo significativamente menor de complicaciones tromboembólicas (riesgo relativo combinado [RR] 0,34; IC95% 0,25-0,45; Q = 5,12; P para la heterogeneidad = 0,28). No hubo evidencia de un mayor riesgo de HIC recurrente después de la reincorporación de la terapia anticoagulante, aunque hubo heterogeneidad significativa entre los estudios incluidos (RR 1,01; IC95% 0,58-1,77; Q = 24,68; P para heterogeneidad <0,001). No se detectó un sesgo de publicación significativo en nuestros análisis.

Conclusiones: en los estudios observacionales, la reinstitución de la anticoagulación después de la HIC se asoció con un menor riesgo de complicaciones tromboembólicas y un riesgo similar de recurrencia de la HIC. Se necesitan ensayos clínicos aleatorizados para determinar el verdadero perfil riesgo-beneficio de la reanudación de la anticoagulación después de la HIC.

Artículo original:

Murthy SB, Gupta A, Merkle AE, et al. Restarting anticoagulant therapy after intracranial hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. Stroke 2017;48(6):1594-1600.

• <http://bit.ly/2h2mkuC>

TUBERCULOSIS LATENTE: REVISIÓN DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

Annals of Internal Medicine, 1º de agosto de 2017

6.



Resumen

Antecedentes: el tratamiento de la infección tuberculosa latente (ITBL) es un componente importante del control de la tuberculosis (TB), y este estudio actualiza un metaanálisis en red previo de las mejores opciones de tratamiento de ITBL para informar la acción de salud pública y el manejo programático de ITBL.

Propósito: evaluar la eficacia y los daños comparativos de los regímenes de tratamiento con ITBL dirigidos a prevenir la TB activa entre adultos y niños.

Fuentes de datos: PubMed, Embase y Web of Science desde la indexación hasta el 8 de mayo de 2017; registros de ensayos clínicos; y resúmenes de conferencias. No se aplicaron restricciones de idioma.

Selección de estudios: ensayos controlados aleatorizados que evaluaran los tratamientos en pacientes con ITBL y registraron al menos 1 de 2 puntos finales preespecificados (hepatotoxicidad y prevención de la TB activa).

Extracción de datos: 2 investigadores extrajeron de forma independiente los datos de los estudios elegibles y evaluaron la calidad del estudio de acuerdo con un protocolo estándar.

Síntesis de datos: el metanálisis en red de 8 estudios nuevos y 53 previamente incluidos mostró que los regímenes de isoniazida de 6 meses (odds ratio [OR] 0,65 [intervalo creíble del 95% [ICr] 0,50 a 0,83]) o de 12 a 72 meses (OR 0,50 [ICr 0,41 a 0,62]), rifampicina sola (OR 0,41 [ICr 0,19 a 0,85]), rifampicina-isoniazida por 3 a 4 meses (OR 0,53 [ICr 0,36 a 0,78]), rifampicina-isoniazida-pirazinamida (OR 0,35 [ICr, 0,19 a 0,61]) y rifampicina-pirazinamida (OR 0,53 [ICr 0,33 a 0,84]) fueron todos eficaces en comparación con placebo. Existen pruebas de la eficacia de los regímenes semanales rifapentina-isoniazida en comparación con ningún tratamiento (OR 0,36 [ICr 0,18 a 0,73]). Ninguna evidencia concluyente demostró que el estado del VIH alterara la eficacia del tratamiento.

Limitación: la evidencia fue escasa para muchas comparaciones y para evaluar los resultados de hepatotoxicidad; el riesgo de sesgo fue alto o desconocido para muchos estudios.

Conclusión: existen pruebas de la eficacia y seguridad de monoterapia con isoniazida durante 6 meses, monoterapia con rifampicina y terapias combinadas con 3 a 4 meses de isoniazida y rifampicina.

Artículo original:

Zenner D, Beer N, Harris RJ, Lipman MC, Stagg HR, van der Werf MJ. Treatment of Latent Tuberculosis Infection: An Updated Network Meta-analysis. Ann Intern Med. [Epub ahead of print 1 August 2017] doi: 10.7326/M17-0609

• <http://bit.ly/2hrDPF7>

VIH: SE DESARROLLÓ UN TRATAMIENTO ANTIVIRAL INYECTABLE CON UNA SOLA DOSIS MENSUAL

The Lancet, 24 de julio de 2017

7.



La combinación de cabotegravir y rilpivirina en un inyectable de acción prolongada administrado cada 4 u 8 semanas mantuvo la supresión viral en pacientes con VIH.

Antecedentes: cabotegravir y rilpivirina son fármacos antirretrovirales en desarrollo como formulaciones inyectables de acción prolongada. El estudio LATTE-2 evaluó el cabotegravir de acción prolongada más rilpivirina para el mantenimiento de la supresión viral del VIH-1 durante 96 semanas.

Métodos: en este estudio abierto, de fase 2b, aleatorizado, adultos infectados con VIH-1 y sin tratamiento previo recibieron inicialmente cabotegravir oral 30 mg más abacavir-lamivudina 600-300 mg una vez al día. El objetivo de este estudio fue seleccionar un régimen de dosificación intramuscular basado en una comparación de la actividad antiviral, tolerabilidad y seguridad de los dos regímenes de dosificación intramuscular con respecto al cabotegravir oral más abacavir-lamivudina. Después de un período de inducción de 20 semanas con cabotegravir oral más abacavir-lamivudina, los pacientes con supresión viral (ARN-VIH1 plasmático <50 copias por ml) fueron asignados al azar (2: 2: 1) a cabotegravir más rilpivirina intramuscular de acción prolongada cada 4 semanas (cabotegravir de acción prolongada 400 mg más rilpivirina 600 mg, dos inyecciones de 2 ml), o al tratamiento intramuscular con intervalos de 8 semanas (cabotegravir de acción prolongada 600 mg más rilpivirina 900 mg, dos inyecciones de 3 ml), o a continuar con cabotegravir oral más abacavir-lamivudina. La aleatorización fue generada por ordenador con estratificación por el nivel de ARN-VIH1 (<50 copias por ml, sí o no) durante las primeras 12 semanas del período de inducción. Los criterios de valoración primarios fueron la proporción de pacientes con supresión viral en la semana 32 (definida por el algoritmo de la FDA), fallas virológicas definidas por el protocolo y eventos de seguridad durante las 96 semanas. Todos los pacientes asignados al azar que recibieron al menos una dosis del fármaco del estudio durante el período de mantenimiento se incluyeron en los análisis primarios de eficacia y seguridad.

El análisis primario utilizó un enfoque bayesiano para evaluar la hipótesis de que la proporción de pacientes con supresión viral para cada régimen intramuscular de acción prolongada no es inferior a la proporción del régimen oral en más del 10% (calificada de "comparable"), de acuerdo con una regla de decisión preespecificada (la probabilidad posterior de comparabilidad debía ser > 90%). La diferencia entre las proporciones y los IC del 95% asociados se tomaron como apoyo del análisis primario. El ensayo está registrado en ClinicalTrials.gov, número NCT02120352.

Resultados: entre los 309 pacientes inscritos, 286 fueron aleatorizados para el período de mantenimiento (115 a cada uno de los grupos de 4 semanas y 8 semanas, y 56 al grupo de tratamiento oral). Este estudio aún continúa. A las 32 semanas después de la asignación al azar, ambos regímenes de acción prolongada cumplieron los criterios primarios de comparabilidad en la supresión viral con relación al grupo de tratamiento oral. La supresión viral se mantuvo a las 32 semanas en 51 (91%) de los 56 pacientes del grupo de tratamiento oral, 108 (94%) de los 115 pacientes en el grupo de 4 semanas (diferencia del 2,8% [-5,8% a 11,5] frente a trata-

miento oral) y 109 (95%) de 115 pacientes en el grupo de 8 semanas (diferencia 3,7% [-4,6-8 a 12,2] vs tratamiento oral). En la semana 96, la supresión viral se mantuvo en 47 (84%) de los 56 pacientes que recibieron tratamiento oral, 100 (87%) de los 115 pacientes en el grupo de 4 semanas y 108 (94%) de los 115 en el grupo de las 8 semanas. Tres pacientes (1%) experimentaron fracaso virológico definido por el protocolo (dos en el grupo de 8 semanas, uno en el grupo de tratamiento oral). Las reacciones en el lugar de inyección fueron leves (3648 [84%] de 4360 inyecciones) o moderadas (673 [15%] de 4360 inyecciones) en intensidad, y rara vez resultaron en discontinuación (dos [$<1\%$] de 230 pacientes); el dolor en el sitio de inyección fue el efecto informado con mayor frecuencia. Se informaron eventos adversos graves durante el mantenimiento en 22 (10%) de 230 pacientes en los grupos intramusculares (grupos de 4 semanas y 8 semanas) y siete (13%) de 56 pacientes en el grupo de tratamiento oral; ninguno estaba relacionado con drogas.

Interpretación: la combinación de dos fármacos inyectables de acción prolongada, cabotegravir más rilpivirina, administrados cada 4 o cada 8 semanas fue tan eficaz como la terapia oral con tres fármacos al mantener la supresión viral del VIH-1 hasta las 96 semanas y fue bien aceptada y tolerada.

Estudio original:

Margolis DA, Gonzalez-García J, Stellbrink H-J, et al. Long-acting intramuscular cabotegravir and rilpivirine in adults with HIV-1 infection (LATTE-2): 96-week results of a randomised, open-label, phase 2b, non-inferiority trial. *The Lancet* 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31917-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31917-7)

- <http://bit.ly/2v00375>

ENCUESTA EN SALTA: MÁS DE LA MITAD DE LOS CHICOS NO DESAYUNAN EN CASA

Archivos Argentinos de Pediatría, 9 de agosto de 2017

8.



En un estudio de casi 300 escolares de 9 a 13 años se halló que sólo 45% había desayunado antes de ir a la escuela, y que de ellos, 4 de cada 5 recibían un desayuno de baja calidad. La falta de desayuno se asoció a mayor prevalencia de obesidad.

Resumen

Introducción: El contexto socioeconómico y la dinámica familiar son determinantes al considerar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los escolares. En el caso del desayuno, se ha demostrado que omitirlo o realizarlo cada vez más ligero influye desfavorablemente sobre el estado nutricional.

Objetivo: Relacionar el hábito del desayuno con el estado nutricional y las variables socio-demográficas en escolares de escuelas públicas urbanas y periurbanas de la Ciudad de Salta.

Población y métodos: Estudio descriptivo, transversal. Muestra no probabilística intencional de alumnos de escuelas primarias públicas urbanas y periurbanas (9-13 años, ambos sexos). Variables: desayuno en casa (hábito, calidad "enKid", frecuencia, tiempo), estado nutricional (índice de masa corporal, puntaje z, Organización Mundial de la Salud) y sociodemográficas (tipo de familia, nivel educativo, actividad laboral, hábito del desayuno en el padre/madre, comensalidad). Análisis de frecuencias, asociaciones, regresión logística, OR, IC, $p < 0,05$, programas WHO AnthroPlus, SPSS v18.

Resultados: Se evaluaron 283 alumnos, 49,8% pertenecientes a escuelas urbanas. Presentaron sobrepeso/obesidad 46,0%. El 55,1% no desayunó en su hogar el día de la evaluación; entre quienes lo hicieron, 79,5% fueron de pobre/muy pobre calidad. Entre los que no desayunaron, 40,7% de las mujeres y 54,7% de los varones presentaron sobrepeso/obesidad. Se observó, en las escuelas de áreas periurbanas, mayor vulnerabilidad socioeconómica y mayor porcentaje de alumnos que concurrieron sin desayunar.

Conclusiones: La probabilidad de no desayunar en el hogar se asoció, finalmente, a familias numerosas, falta de hábito del desayuno en los padres, bajo nivel educativo de la madre, desayunar solos y ser obesos.

Artículo original:

Gotthelf SJ, Tempestti CP. Desayuno, estado nutricional y variables socioeconómicas en alumnos de escuelas primarias de la Ciudad de Salta. Estudio transversal. Arch Argent Pediatr 2017;115(5):424-431.

- <http://bit.ly/2vTIJSP>

DOLOR DE CUELLO: UNA PUESTA AL DÍA

BMJ, 14 de agosto de 2017

9.



La cervicalgia es un síntoma frecuente en atención primaria y a menudo resulta difícil de resolver. Esta revisión actualiza su diagnóstico y tratamiento, incluyendo el uso de medicamentos y de medidas no farmacológicas.

Resumen

El dolor de cuello impone una considerable carga personal y socioeconómica—es una de las cinco principales condiciones de dolor crónico en términos de prevalencia y de años perdidos por discapacidad. Sin embargo, recibe sólo una fracción de la financiación para investigaciones que la destinada a la lumbalgia.

Aunque la mayoría de los episodios agudos se resuelven espontáneamente, más de un tercio de las personas afectadas todavía presentan síntomas o recurrencias de bajo grado más de un año después, siendo la genética y los factores psicosociales factores de riesgo para la persistencia del dolor.

Casi la mitad de las personas con dolor cervical crónico tienen síntomas neuropáticos-no-ciceptivos mixtos o síntomas predominantemente neuropáticos. Pocos ensayos clínicos se dedican exclusivamente al dolor de cuello. Los relajantes musculares y los fármacos antiinflamatorios no esteroideos son eficaces para el dolor agudo en el cuello y la práctica clínica se guía principalmente por los resultados de los estudios realizados para otras condiciones de dolor crónico.

Entre los tratamientos complementarios y alternativos, la evidencia más fuerte es para el ejercicio, con evidencia más débil para apoyar el masaje, la acupuntura, el yoga y la manipulación espinal en diferentes contextos. Para la radiculopatía cervical y la artropatía de las facetas, hay evidencia débil que apoya las inyecciones epidurales de esteroides y la denervación por radiofrecuencia, respectivamente. La cirugía es más eficaz que el tratamiento conservador a corto plazo, pero no a largo plazo para la mayoría de estos pacientes, y la observación clínica es una estrategia razonable antes de la cirugía.

Artículo original:

Cohen Steven P, Hooten W Michael. Advances in the diagnosis and management of neck pain BMJ 2017; 358 :j3221

• <http://bit.ly/2i22vnE>

INTERVENCIONES QUE NO SE DEBERÍAN UTILIZAR RUTINARIAMENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

NHS, 21 de julio de 2017

10.



El sistema de salud inglés propone 18 ejemplos de cosas para no hacer.

El año pasado se dispensaron 1.100 millones de prescripciones en atención primaria, con un costo de £ 9.200 millones de libras. Este costo creciente, junto con los recursos finitos significa que es importante que el NHS logre el mayor valor posible a cambio del dinero que gasta. Sabemos que en Inglaterra hay una variación significativa en lo que se prescribe y para quién. A menudo los pacientes están recibiendo medicamentos que han demostrado ser ineficaces o en algunos casos peligrosos, y / o para los cuales hay otras alternativas más efectivas, más seguras y / o más baratas.

El objetivo de este trabajo es apoyar a los grupos clínicos en la toma de decisiones, abordar la variación injustificada y proporcionar un asesoramiento nacional claro para hacer más eficaces las prácticas locales de prescripción. Cualquier ahorro derivado de la aplicación de las propuestas se reinvertirá en la mejora de la atención al paciente.

En el grupo de trabajo clínico, se consideraron intervenciones para su inclusión en esta lista si eran:

- Medidas de baja efectividad clínica, donde no hay evidencia sólida de efectividad clínica o existen preocupaciones de seguridad significativas;
- Medidas que son clínicamente eficaces pero en las que se dispone de productos más costo-efectivos, incluyendo productos que han sido objeto de una inflación excesiva de precios;
- Intervenciones que son clínicamente efectivas pero que, debido a la naturaleza del producto, se consideran de baja prioridad para la financiación por el NHS.

La lista de intervenciones que se recomienda no utilizar en atención primaria incluye:

- Fentanilo de liberación inmediata (por ejemplo en caramelos)
- Glucosamina y Condroitin sulfato
- Tratamiento con hierbas
- Homeopatía
- Liotironina (se prefiere T4 para reemplazo hormonal tiroideo)
- Luteína + antioxidantes (para la degeneración macular senil)
- Ácidos grasos omega-3
- Combinación de tramadol y paracetamol (recomiendan usar las monodrogas por separado)
- Rubefacientes (por la baja evidencia de efectividad; no se incluyen los AINEs en forma tópica)
- Tadalafilo en forma diaria (para disfunción eréctil; no incluye el uso en hipertensión pulmonar)
- Vacunas para viajeros no necesarias (por ejemplo BCG o antirrábica)

La lista incluye además otros medicamentos que no están disponibles en Argentina.

Documento original:

NHS England. Items which should not be routinely prescribed in primary care: A Consultation on guidance for CCGs. 21 de julio de 2017.

- <http://bit.ly/2tug9kJ>