

Apuntes de literatura biomédica

Tratamientos comparados del reflujo gastroesofágico

El reflujo gastroesofágico es una enfermedad crónica, con alto porcentaje de recaídas en el año siguiente a la suspensión del tratamiento; existen informes contradictorios respecto a la eficacia de las terapias de mantenimiento. Este estudio evalúa tres tratamientos con una sola medicación (cisaprida, ranitidina u omeprazol) y dos tratamientos combinados (ranitidina-cisaprida u omeprazol-cisaprida); involucra 175 pacientes adultos con esofagitis por reflujo confirmada endoscópicamente. La esofagitis fue clasificada según las pautas de Savary-Miller y sólo se incluyeron los grados 1, 2 y 3. Todos los pacientes fueron al principio tratados con omeprazol 40 mg/día durante un período de cuatro a ocho semanas; la curación fue establecida por endoscopia. Divididos según el grado de compromiso esofágico, al azar fueron asignados a uno de los siguientes protocolos: cisaprida 30 mg/día, omeprazol 20 mg/día, ranitidina 150 mg/día, ranitidina más cisaprida y omeprazol más cisaprida por un período de 12 meses. El concepto de remisión se definió como ausencia de lesión en las endoscopias de control realizadas a los seis y doce meses de tratamiento, por un examinador que desconocía el tratamiento recibido por el paciente. A los 12 meses de tratamiento las remisiones fueron: 54% con cisaprida, 49% con ranitidina, 80% con omeprazol, 66% con ranitidina-cisaprida y 89% con omeprazol-cisaprida. La combinación de cisaprida con ranitidina u omeprazol es llamativa y lógica: en este estudio se demuestra que la cisaprida más

ranitidina fue mucho más efectiva que la ranitidina sola y cuando se compara con cisaprida sola no hay diferencia importante en cuanto a eficacia, lo que sugiere que es la cisaprida la que aporta la efectividad. En definitiva, para el control de la esofagitis por reflujo, el omeprazol como medicación única o asociado a cisaprida es más efectivo que la ranitidina o la cisaprida solas; la combinación omeprazol-cisaprida es superior a la de ranitidina-cisaprida.

- Vigneri S, Termini R, Leandro G, Baladementi S, Pantalena M, Savarino V, DiMario F, Battaglia G, Mela GS, Pilotto A, Plebani M, Davi G. A comparison of five maintenance therapies for reflux esophagitis. *N Engl J Med* 1995;333:1106-1110.

Angiografía coronaria en octogenarios

El aumento del promedio de vida se refleja en una mayor población de edad avanzada, grupo etáreo con una alta prevalencia de enfermedad coronaria; estas circunstancias llevan a la realización de un número creciente de procedimientos invasivos, tanto diagnósticos como terapéuticos, en este grupo humano, cuando el tratamiento farmacológico no logra controlar la enfermedad anginosa. Si bien es bajo el riesgo de la angiografía coronaria, esta seguridad no puede ser plenamente aceptada cuando se trata de octogenarios; entonces es pertinente evaluar los riesgos y los beneficios de los métodos invasivos, en términos de supervivencia o de calidad de vida. Con el objetivo de precisar los hallazgos angiográficos, las complicaciones del procedimiento y las repercusiones terapéuticas, se

analizaron retrospectivamente 115 angiografías coronarias practicadas entre 1988 y 1992 a pacientes anginosos de 80 o más años de edad. Sesenta y ocho pacientes eran de sexo masculino y 70% tenía angina inestable. El compromiso de tres vasos, la lesión de coronaria izquierda o ambos fueron los hallazgos más frecuentes: 42% de los casos. Llama la atención la tendencia al descenso de la enfermedad de tres vasos en los últimos años. A 54% de los pacientes se le realizó una revascularización bien sea por angioplastia percutánea o puente coronario. Los sobrevivientes fueron seguidos durante 28±16 meses; 68% de los revascularizados y 44% de los tratados farmacológicamente estaban asintomáticos y 80% de ellos disfrutaban de una vida independiente; es de anotar que en cuanto a supervivencia no hubo diferencia entre los dos grupos. Siete por ciento de los pacientes tuvo complicaciones de menor importancia y siete por ciento falleció dentro del hospital, pero ninguna defunción fue atribuible al procedimiento diagnóstico. Es evidente que a pesar del mayor riesgo, la revascularización de estos pacientes lleva a una mejoría definida de los síntomas. Su práctica parece ser la tendencia, pues de 33% de pacientes intervenidos en 1988, se pasó a 64% en 1992.

- Ricou FJ, Suilen C, Rothmeier C, Gisselbaek A, Urban P. Coronary angiography in octogenarians: results and implications for revascularization. *Am J Med* 1995; 99: 16-21.

Anafilaxia

Varios signos y síntomas caracterizan a la anafilaxia: eritema, prurito, urticaria, angioedema, broncoespasmo, ede-

ma laríngeo, hiperperistaltismo, hipotensión y arritmias cardíacas; son la causa de miles de ingresos hospitalarios y de aproximadamente 500 muertes anuales, aunque se cree que este último dato esté subestimado, pues estudios posmortem de casos de muerte súbita han demostrado degranulación de mastocitos, lo que sugiere que la anafilaxia es la posible causa del deceso. Se analizaron 266 casos de anafilaxia, excluyendo reacciones por picaduras de abejas o debidas a inmunoterapia. Además de una historia minuciosa con énfasis en las posibles causas de las alergias, se realizaron exámenes hemáticos, de química sanguínea y pruebas de sensibilidad cutánea inmediata con 60 antígenos aéreos. Se incluyeron pacientes con historia de rinitis, asma extrínseca y antecedentes de reacciones alérgicas inducidas por alimentos. Ciento trece pacientes eran hombres y 153 mujeres; las edades oscilaban entre 12 y 75 años; la mayoría de ellos (61%) habían tenido tres o más episodios de reacciones alérgicas y no se habían presentado casos fatales. Los exámenes hematológicos y la química sanguínea mostraron cambios mínimos e inespecíficos que no contribuyeron al diagnóstico. Las pruebas cutáneas practicadas con inhalantes pueden establecer la hipersensibilidad a antígenos específicos, pero no permiten identificar las causas definidas de la anafilaxia; en contraste, las pruebas realizadas con extractos de alimentos y látex fueron con frecuencia diagnósticas.

El estudio permitió desglosar varias conclusiones; 1. las atopias, independientemente de sus posibles causas, son muy fre-

cuentes en los pacientes con historia de anafilaxia; 2. los alimentos y los medicamentos son las causas más frecuentes, con predominio de los mariscos y los AINE; 3. en las dos terceras partes de los casos se puede determinar la causa de los episodios y su recurrencia es la norma; 4. los pacientes con anafilaxia idiopática son más diligentes en su autocuidado y en el acatamiento de las recomendaciones médicas; 5. la mortalidad es escasa: en el presente estudio no se presentó.

- Kemp EF, Lockey RF, Wolf BL, Lieberman P. Anaphylaxis. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1749-1754.

Vacunación contra la influenza en población sana

La gran mayoría de las muertes por influenza ocurren en la población de edad avanzada, aunque la enfermedad ataca a todos los grupos etáreos. Síntomas como la fiebre, mialgias, dolor faríngeo, tos no productiva, cefalea y malestar general causan disminución importante de la actividad y provocan ausencias laborales millonarias. La inmunización contra la influenza se recomienda para individuos con alto riesgo de complicaciones; se plantea la posibilidad de evaluar sus resultados en una población sana. Se trata de un estudio doble ciego con placebo en una población de trabajadores sanos, realizado en el otoño del 94 en el área de Minneapolis, con adultos de 18 a 64 años de edad. Los pacientes en forma aleatoria recibieron inmunización contra la influenza o placebo y se valoraron tres parámetros: enfermedad de vías

respiratorias altas, ausencia laboral por esta causa y consultas médicas por lo mismo; se analizaron los costos directos e indirectos de la inmunización y de la enfermedad respiratoria. El grupo total lo constituyeron 849 trabajadores, sin historia de ningún tipo de enfermedad crónica, de alergia al huevo o al timerosal y sin vacunación previa contra la influenza; divididos en dos grupos similares en cuanto a condición física, vivienda y entorno familiar. El grupo inmunizado sufrió 25% menos episodios de enfermedad respiratoria alta que los no vacunados ($P > 0.001$), 43% menos de ausencia laboral por enfermedad ($P > 0.001$) y 44% menos de consultas médicas por el mismo motivo ($P > 0.004$). Estos resultados permiten concluir que la vacunación de adultos sanos contra la influenza tiene beneficios en términos de economía y de salud.

- Nichol KL, Lind A, Margolis KL, Murdoch M, McFadden R, Hauge M, Magnan S, Drake M. The effectiveness of vaccination against influenza in healthy, working adults. *N Engl J Med* 1995; 333: 889-893.

Pravastatina en la hipercolesterolemia de diabéticos

La diabetes es una enfermedad metabólica compleja y estrechamente vinculada a la aterosclerosis: 80% de los diabéticos la padecen y 75% de las muertes ocurren por enfermedad coronaria. El estudio de Framingham demostró que la incidencia de enfermedad cardiovascular y de sus riesgos son mayores en los diabéticos que en la población general, sugiriendo que el control de los factores de riesgo es el método adecuado

para reducir las complicaciones cardiovasculares. Un hombre diabético tiene dos veces más probabilidades de infarto del miocardio que uno no diabético y en la mujer este riesgo es cuatro veces mayor. Cincuenta por ciento de los diabéticos tienen dislipidemia: disminución de las lipoproteínas de alta densidad y elevación de los triglicéridos, el colesterol total y las lipoproteínas de baja y muy baja densidad. Existe la convicción de que la dislipidemia de los diabéticos es cuantitativa y cualitativa e involucra, además, alteraciones del metabolismo; todo este complejo de anormalidades es la principal causa de la aceleración de la aterosclerosis en estos pacientes. En un buen número de diabéticos la hipercolesterolemia es un factor adicional al ya alto riesgo de enfermedad coronaria; por esto el interés de investigar el

efecto de la pravastatina, seleccionando pacientes con diabetes tipo I y II y con altos niveles sanguíneos de colesterol. Es un estudio multicéntrico, doble ciego, controlado, en 94 pacientes (45 hombres y 49 mujeres) entre 18 y 70 años de edad y con cifras de lipoproteínas de baja densidad superiores a 150 mg/dL. Aleatoriamente dos pacientes recibían pravastatina 20 mg y uno placebo; la dosis del medicamento podía ser duplicada después de 10 semanas y la adición de otros fármacos como colestercamina y colestipol, sólo era posible después de 18 semanas. Se demostró un descenso importante de las lipoproteínas de baja densidad, del colesterol total y de los triglicéridos con respecto al placebo ($P > 0.001$), y elevación de las lipoproteínas de alta densidad. El efecto terapéutico del medicamento se mantuvo durante las

24 semanas del estudio, su tolerancia fue adecuada y los escasos efectos colaterales que se presentaron fueron similares en los dos grupos; tampoco se presentaron modificaciones en los niveles de glicemia o de hemoglobina glicosilada. En conclusión, la pravastatina es un medicamento bien tolerado y eficaz en el control de la hipercolesterolemia de los diabéticos tipo I y II

- **Raskin P, Ganda OP, Schwartz S, Willard D, Rosenstock J, Lodewick Paeressman MD, Phillipson B, Weiner B, McGovern ME, Norton JM, Cucinotta GG, Behounek DB.** Efficacy and safety of pravastatin in the treatment of patients with diabetes mellitus and hypercholesterolemia. *Am J Med* 1995; **99**: 362-369.

Jairo Gómez

Dr. Jairo Gómez: Profesor Asistente, Departamento de Medicina Interna. Unidad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Santa Fe de Bogotá.