

Comparación de dos regímenes dietéticos en personas extremadamente obesas

En Estados Unidos de América se observa un incremento progresivo del número de personas con obesidad y diabetes tipo 2. Según estadísticas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de ese país, la situación es alarmante, ya que casi dos terceras partes de la población estadounidense tienen exceso de peso corporal (índice de masa corporal [IMC] [peso en kilogramos dividido por la talla en metros elevada al cuadrado] > 25) y más de 30% tiene obesidad (IMC > 30). Esto lleva a la necesidad de entender los efectos beneficiosos y perjudiciales que pueden tener distintos regímenes dietéticos, no solo sobre la pérdida de peso y su duración, sino sobre la salud en general. Dos de estos regímenes han gozado por años de enorme popularidad: los que limitan el consumo de grasas y los que limitan el de carbohidratos. Ambos pueden llevar a grandes pérdidas de peso, pero ninguno de los dos ha sido objeto de suficientes estudios que examinen a fondo sus posibles efectos perjudiciales. En particular, las dietas bajas en carbohidratos, en las cuales los lípidos representan un elevado porcentaje del consumo energético, acarrea un riesgo de aterosclerosis que merece mayor atención de la que ha recibido hasta ahora.

Un grupo de investigadores efectuó un estudio aleatorizado en un grupo de 132 personas muy obesas (IMC > 43) con una alta prevalencia (39%) de diabetes o del síndrome metabólico (43%). Un grupo fue sometido a una dieta baja en carbohidratos y el otro, a un régimen con restricción de calorías y lípidos ($< 30\%$ de las calorías en forma de grasas). El estudio tuvo una duración de 6 meses y apenas 79 de los 132 participantes permanecieron en él hasta el final.

Según los resultados, las personas sometidas a una dieta baja en carbohidratos perdieron más peso que las sometidas a un régimen bajo en calorías y grasas (media \pm desviación estándar [DE]: $-5,8 \pm 8,6$ kg frente a $-1,9 \pm 4,2$ kg, respectivamente; $P = 0,002$) y mostraron una mayor reducción de las concentraciones de triglicéridos (media \pm DE: $-20 \pm 43\%$ frente a $-4 \pm 31\%$, respectivamente; $P = 0,001$), independientemente del uso de hipoglucemiantes o de medicamentos hipolipidemiantes. Las personas cuyas dietas tenían escaso contenido de carbohidratos también mostraron una mayor mejoría

en su sensibilidad a la insulina que las tratadas con la dieta baja en calorías y grasas (media \pm DE: $6 \pm 9\%$ frente a $-3 \pm 8\%$; $P = 0,01$), aun después de tomar en cuenta el efecto del peso perdido.

Pese a la aparente superioridad de la dieta baja en carbohidratos en términos de los parámetros examinados, es preciso interpretar estos resultados con cuidado debido a la corta duración del estudio y a que las diferencias halladas entre los grupos fueron relativamente pequeñas. Cabe advertir, además, que antes del estudio los participantes derivaban alrededor de 33% de su consumo energético de alimentos grasos, de tal manera que una reducción de apenas 3% en el consumo de grasas parecería insignificante. Es muy posible, entonces, que cualquier pérdida de peso en este grupo se haya debido principalmente a la restricción del número de calorías y no tanto a la ingestión reducida de alimentos grasos, que en dietas verdaderamente hipograsas no deben constituir más de 10 a 15% de la alimentación total. Se desprende la necesidad de efectuar estudios adicionales que examinen con mayor atención el efecto a largo plazo de los regímenes dietéticos bajos en carbohidratos sobre el riesgo de trastornos cardiovasculares. (Samaha et al. A low-carbohydrate as compared with a low-fat diet in severe obesity. *New Engl J Med* 2003; 348(21):2074–2081.)

Nuevo informe sobre la carga mundial de la tuberculosis y su relación con la infección por el VIH

En el último decenio, la carga de tuberculosis en el mundo se ha visto incrementada por diversos factores, entre ellos la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que no solo facilita la infección primaria y reinfección por *Mycobacterium tuberculosis*, sino también la rápida progresión de la enfermedad. La mayor morbilidad por tuberculosis es a su vez un factor que aumenta las tasas de transmisión en la población en general, no solamente en personas infectadas por el VIH.

En 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un estudio destinado principalmente a medir la carga mundial de tuberculosis. En fecha más reciente, un grupo de investigadores ha ampliado los resultados de ese estudio inicial mediante una extensa revisión bibliográfica y de bases

de datos que proporcionó información acerca de los casos de tuberculosis notificados, los resultados del tratamiento por cohortes, las encuestas para determinar la presencia de infección por *M. tuberculosis*, y la prevalencia de infección por VIH en pacientes con tuberculosis y en otras subpoblaciones. Se hizo especial hincapié en la relación entre la tuberculosis y la infección por VIH, así como en la creciente magnitud del problema. En su estudio, los investigadores se limitaron al grupo de edad de 15 a 49 años porque no disponían de suficiente información acerca de los niños tuberculosos infectados por VIH. Los objetivos principales del estudio fueron desarrollar indicadores de la carga de tuberculosis relacionada con la infección por VIH que ayuden a fundamentar metas de control, monitorear tendencias epidemiológicas y evaluar el impacto de las intervenciones.

Los resultados revelaron que en el año 2000 se presentaron 8,3 millones de casos nuevos de tuberculosis en el mundo, siendo más altas las tasas de incidencia en la Región de África (290 casos anuales por 100 000 habitantes), donde también se observó la mayor tasa de incremento anual del número de casos (6%). De los casos nuevos de tuberculosis en adultos, 9% podían atribuirse, como promedio, a la presencia de infección por VIH, aunque la proporción fue mucho más alta en la Región de África y en algunos países industrializados, entre ellos los Estados Unidos de América (26%). Se produjeron alrededor de 1,8 millones de defunciones por tuberculosis en el mundo, de las cuales 12% podían atribuirse a la presencia de infección por VIH. La tuberculosis causó 11% de todas las defunciones en adultos, y la frecuencia observada de coinfección por VIH y *M. tuberculosis* fue de 0,36%, o el equivalente de 11 millones de personas. La frecuencia de coinfección fue de 5% o más en 8 países africanos, y el número de adultos coinfectados ascendió, solamente en Sudáfrica, a 2 millones. A medida que se propaga la infección por VIH, la carga representada por los casos de coinfección asciende.

En la Región de las Américas la incidencia de tuberculosis en el año 2000 fue de 46 por 100 000 habitantes, observándose un descenso en la incidencia de 4,1% en el período de 1997–2000. De las muertes en adultos, 4,1% fueron causadas por la tuberculosis, y de estas muertes, 6,5% mostraron asociación con la presencia de infección por VIH. Se halló una prevalencia de tuberculosis en adultos de 15% y una prevalencia de coinfección por VIH y *M. tuberculosis* de 0,1%.

La pandemia de VIH dificulta enormemente el control de la tuberculosis. En la Región de África en particular, la asociación entre ambas infecciones es tan grande que 31% de todos los casos de tuberculosis en adultos podrían atribuirse a la infección por VIH.

Los resultados de este estudio apuntan a la necesidad urgente de intensificar el control de ambas enfermedades, procurando concentrar la atención en el control de la tuberculosis en zonas con una alta prevalencia de infección por VIH. (Corbett EL, et al. The growing burden of tuberculosis. Arch Intern Med 2003;163:1009–1021.)

La cobertura por Medicaid de los tratamientos para el control del hábito de fumar

A medida que en el mundo se cobra conciencia de los riesgos de salud asociados con el tabaquismo, las intervenciones para ayudar a las personas a abandonar el hábito de fumar están adquiriendo mayor popularidad. Una de las metas de salud trazadas por las autoridades sanitarias de los Estados Unidos de América es lograr que para el año 2010 las compañías aseguradoras de todos los estados y el Distrito de Columbia, donde se sitúa la capital del país, ofrezcan cobertura de seguro para los tratamientos contra la dependencia de la nicotina cuya eficacia haya sido comprobada. Actualmente solo en 36 estados se ofrece este tipo de cobertura a los beneficiarios de los servicios de seguro de salud, de manera que en estos momentos una gran parte de la población debe pagar de su propio bolsillo el costo de este tipo de tratamiento.

En 2000, alrededor de 32 millones de personas de bajos ingresos en los Estados Unidos gozaban de la cobertura de salud de Medicaid, programa auspiciado por el gobierno federal y los gobiernos estatales para cubrir la atención médica de esas personas. De ellas, 11,5 millones (36%) eran fumadoras.

Recientemente se realizó un nuevo estudio por encuesta, en el que se examinaron la cantidad y tipos de coberturas para tratamientos antitabáquicos ofrecidos por Medicaid entre 1994 y 2001. La encuesta —realizada por teléfono, correo electrónico y fax— fue respondida por 100% de los empleados de Medicaid identificados por los directores de los programas estatales como los mejor informados acerca de la cobertura y los programas de tratamiento para combatir la dependencia del tabaco. La encuesta constaba de 24 preguntas que versaban sobre los tratamientos antitabáquicos; el año en que se ofreció por primera vez este tipo de cobertura; los tratamientos que se ofrecen especialmente a las embarazadas; el conocimiento y uso de las Directivas para la Práctica Clínica emitidas por el Servicio de Salud Pública de ese país en el año 2000 (SSP 2000); cualquier requerimiento de los programas, ya sea para el pago compartido del paciente por este tipo de tratamiento o para que un servicio de seguro cubra esos gastos; y si los beneficiarios de Medicaid han sido informados de la dis-