

## Escribir un diario ayuda al paciente con migraña

> Agradezco la publicación de “Educación al paciente: migraña” (*Nursing*, Marzo-Abril 2015, ed. esp.). No existe una cura milagrosa para la migraña, pero las personas que la sufren pueden hacer muchas cosas para prevenir las crisis. Los episodios de migraña pueden controlarse siguiendo unas pautas sencillas como las que se mencionan en el artículo. Nos gustaría resaltar la importancia de escribir un diario. Al mantener el diario, la persona afectada puede observar la presencia de tendencias en su patrón de cefalea.

Como parte de nuestro estudio de investigación, desarrollamos un diario de la migraña formado por ocho partes: aparición, duración, intensidad del dolor, percepción de limitación (ligera, moderada o grave), factores desencadenantes, síntomas, uso de medicación (tipo y dosis) y control del dolor (completo, moderado, no controlado). Se enseña a los pacientes a registrar los detalles de cada crisis migrañosa en su diario para identificar las características de cada ataque, lo cual contribuye a mejorar la comunicación paciente-enfermera, a seguir y tutelar la terapia farmacológica y a la eficacia del tratamiento.

Puesto que con frecuencia la migraña tiene un patrón de comportamiento, el mantenimiento de un diario facilita que el profesional de la salud pueda identificar el patrón subyacente en el tiempo. Ello contribuye a diseñar un plan de intervención basado en las necesidades para un mejor control de las debilitantes cefaleas migrañosas. Observamos que el mantenimiento del diario también mejora la sensación de bienestar personal y reduce la tensión emocional de estos pacientes.

VISHNU RENJITH, MSN, RN, Y ANICE  
GEORGE, PHD, RN  
Udupi, Karnataka, India

## ANTIBIÓTICOS PEDIÁTRICOS

### La exposición precoz aumenta el riesgo a largo plazo

La alteración del “microbioma humano” con el empleo de antibióticos se ha asociado al desarrollo de determinadas enfermedades autoinmunitarias, como la artritis reumatoide. Estudios realizados con anterioridad no solo han relacionado el uso de antibióticos con el desarrollo de enfermedades autoinmunitarias, sino que han demostrado que la exposición precoz a la antibioticoterapia puede desencadenar el desarrollo de colon irritable en niños<sup>1</sup>. Recientemente, se ha realizado un estudio en adolescentes, con el objetivo de establecer si la exposición precoz a los antibióticos incrementa el riesgo de sufrir artritis idiopática juvenil (AIJ).

El estudio (de tipo caso y control, anidado) comparó adolescentes diagnosticados de AIJ incidente antes de los 16 años de edad, con controles pareados por edad y sexo. Los niños con colon irritable, inmunodeficiencias, enfermedad autoinmunitaria del tejido conectivo o vasculitis fueron excluidos.

En total, 153 adolescentes fueron diagnosticados de AIJ. Toda exposición a antibioticoterapia se asoció a un incremento del riesgo de sufrir esta enfermedad, y “el riesgo aumenta con el número de prescripciones de forma dosis-dependiente”. Los fármacos antimicrobianos no bactericidas no se asociaron a AIJ. Los investigadores concluyen que la exposición temprana a los antibióticos se asocia a un aumento del riesgo de sufrir AIJ. “El estudio evidencia la influencia de la exposición a los antibióticos en la patogénesis de la enfermedad, quizás a través de la alteración del microbioma”.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Shaw SY, Blanchard JF, Bernstein CN. Association between the use of antibiotics in the first year of life and pediatric inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(12):2687-2692.

Source: Horton DB, Scott FI, Haynes K, et al. Antibiotic use associated with increased risk of juvenile idiopathic arthritis development. *American College of Rheumatology.* News release. November 11, 2014.

## PARO CARDÍACO

### ¿Cuál es el efecto de la adrenalina en la supervivencia?

La adrenalina es el fármaco de elección para el retorno de la circulación espontánea durante el paro cardíaco, pero puede ejercer una influencia negativa en la supervivencia funcional de los pacientes que sufren un paro cardíaco extrahospitalario. En un estudio realizado entre enero de 2000 y agosto de 2012, los investigadores analizaron la supervivencia funcional de 1556 pacientes que sufrieron un paro cardíaco extrahospitalario con retorno de la circulación espontánea. De estos pacientes, 1134 (73%) recibieron adrenalina y 194 de ellos (17%) tuvieron un buen resultado. Por el contrario, de los 422 pacientes que no recibieron adrenalina, 255 (63%) obtuvieron buenos resultados. La asociación adversa de la adrenalina se observó independientemente de las intervenciones intrahospitalarias y/o del tiempo de reanimación. Los peores resultados se asociaron a dosis más elevadas y a retraso en la administración de adrenalina.

Los investigadores concluyen que en este estudio, el uso prehospitalario de adrenalina “se asocia de forma consistente con una baja probabilidad de supervivencia, una asociación que muestra un efecto relacionado con la dosis y que persiste a pesar de las intervenciones posreanimación”. Se necesitan estudios adicionales para establecer el efecto de la adrenalina en la supervivencia funcional a largo plazo.

Fuente: Dumas F, Bougouin W, Geri G, et al. Is epinephrine during cardiac arrest associated with worse outcomes in resuscitated patients? *J Am Coll Cardiol.* 2014;64(22):2360-2367.

## TRATAMIENTO CON ESTATINAS

### Dos guías. ¿Cuál debería seguir?

Con frecuencia se recomienda el tratamiento con estatinas, como una opción terapéutica, en adultos con enfermedad cardiovascular e insuficiencia renal crónica (IRC). Pero en 2013 se editaron dos guías de práctica

clínica sobre el tratamiento del colesterol/ tratamiento con estatinas, y cada una de ellas recomienda pautas ligeramente distintas.

- La guía del Kidney Disease Improving Global Outcomes Lipid Work Group recomienda el tratamiento con estatinas en adultos mayores de 50 años con IRC (por el aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular).
- La guía del American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) recomienda estatinas en adultos con aterosclerosis, en adultos con un colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) de 190 mg/dl o superior, y en adultos de entre 40 y 74 años con colesterol LDL entre 70 y 189 mg/dl y diabetes o un riesgo previsible de enfermedad aterosclerótica a 10 años igual o superior a un 7,5%.

Para establecer un “acuerdo más preciso entre las dos guías sobre el tratamiento con estatinas en adultos de 50 a 79 años con IRC sin hemodiálisis, se llevó a cabo un estudio que utilizó datos de un ensayo previo sobre las razones de las diferencias geográficas y raciales en el ictus. La mitad de los pacientes con IRC en el estudio (2366 de 4726) estaban en tratamiento con estatinas, y 1984 habían recibido la recomendación de tomarlas basándose en la guía del ACC/AHA, pero no lo hicieron. Un total de 376 participantes no cumplían criterios para el tratamiento con estatinas. Entre estos sujetos, la incidencia de enfermedad cardiovascular era baja. Los autores concluyen que “estas guías presentan una elevada concordancia en referencia al tratamiento con estatinas en adultos con IRC”.

Fuente: American Heart Association. ACC/AHA publish new guideline for management of blood cholesterol. 2013. <http://newsroom.heart.org/news/acc-aha-publish-new-guideline-for-management-of-blood-cholesterol>.

American Society of Nephrology (ASN). Nearly all patients with chronic kidney disease should take statins, guidelines indicate. 2014. <http://www.sciencedaily.com/releases/2014/11/141113194943.htm>.

Colantonio LD, Baber U, Banach M, et al. Contrasting cholesterol management guidelines for adults with CKD. *J Am Soc Nephrol*. [e-pub Nov. 13, 2014].

Kidney Disease Improving Global Outcomes. KDIGO clinical practice guideline for lipid management in chronic kidney disease. 2013. [http://www.kdigo.org/clinical\\_practice\\_guidelines/Lipids/KDIGO%20Lipid%20Management%20Guideline%202013.pdf](http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/Lipids/KDIGO%20Lipid%20Management%20Guideline%202013.pdf)

## ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL ÉBOLA Una nueva vacuna esperanzadora

La epidemia de enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental de 2014 cogió por sorpresa a los profesionales de la salud. Como parte del esfuerzo internacional para el desarrollo de una vacuna preventiva, un grupo de investigadores realizó un ensayo abierto de fase 1 con escalado de dosis de una vacuna ebolavirus de tipo trivectorial compuesta por una replicación defectuosa de adenovirus recombinante de chimpancé (cAd3-EBO). En este ensayo, diseñado para probar la seguridad y la inmunogenicidad del fármaco, 20 adultos recibieron la vacuna por vía intramuscular. Se les asignó a uno de los dos grupos: el primer grupo recibió  $2 \times 10^{10}$  unidades de partícula, y el segundo  $2 \times 10^{11}$  unidades de partícula. Todos los participantes fueron controlados durante 4 semanas después de la administración.



Dos de los 10 participantes del segundo grupo presentaron fiebre transitoria durante el día posterior a la vacunación. Por otro lado, no se observaron reacciones adversas. Los 20 participantes desarrollaron anticuerpos glicoproteicos específicos, aunque eran más fuertes en el grupo que recibió  $2 \times 10^{11}$  unidades. Los participantes de este grupo también presentaron mayores respuestas de los linfocitos T.

La respuesta inmunológica y la reactogenicidad de la vacuna es dosis-dependiente: a mayor dosis, mejor respuesta. Los autores continuarán investigando la cAd3-EBO para determinar su seguridad y efectividad.

Fuente: Ledgerwood JE, DeZure AD, Stanley DA, et al. Chimpanzee adenovirus vector Ebola vaccine—preliminary report. *N Engl J Med*. [e-pub Nov. 26, 2014]

## ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y OSTEOPOROSIS

### Las estatinas no reducen el riesgo de fracturas

La enfermedad cardiovascular y la osteoporosis puede compartir una “trayectoria biológica común”, incluido el proceso inflamatorio. Estudios observacionales con limitaciones han sugerido que el tratamiento con estatinas empleado para tratar la enfermedad cardiovascular puede contribuir a reducir el riesgo de fracturas. Para probar esta hipótesis, los investigadores realizaron un ensayo clínico internacional, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, de muestra grande. Posteriormente llevaron a cabo un análisis secundario para determinar si los niveles basales de proteína C reactiva como biomarcador inflamatorio de alta sensibilidad se asociaban a un mayor riesgo de fracturas.

Un total de 17 802 varones con una media de edad de 50 años y mujeres con una media de edad de 60, con unos niveles de hs-PCR de como mínimo 2 mg/l, fueron incluidos en el estudio. Fueron cribados entre 2003 y 2006, y se les realizó seguimiento durante 5 años. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo que recibió 20 mg diarios de rosuvastatina cálcica o al grupo placebo. Se registraron 221 fracturas en el grupo de tratamiento con rosuvastatina y 210 en el grupo control. El aumento de la hs-PCR no se asoció a un incremento del riesgo de fracturas.

Los autores concluyen que el tratamiento con estatinas no reduce el riesgo de fracturas, y que unos niveles más elevados de hs-PCR no incrementan el riesgo de fracturas incidentes. ■

Fuente: Peña JM, Aspberg S, MacFadyen J, Glynn RJ, Solomon DH, Ridker PM. Statin therapy and risk of fracture: results from the JUPITER randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. [e-pub Dec. 1, 2014]