



COOMEVA EPS, siempre a la búsqueda de la excelencia.

La séptima entrega del boletín para los Profesionales de Coomeva Medicina Prepagada, COOMTACTO, llega cargada de información altamente relevante y de gran interés. En primera instancia, presentamos un nuevo formato, más fresco y moderno, acorde con la nueva etapa que estamos viviendo con los Profesionales de la Salud que hacen parte de nuestra extensa red de prestadores.

En esta nueva etapa Coomeva Medicina Prepagada quiere estar más cerca de Usted, para satisfacer sus necesidades de información y ofrecerle diversos medios de comunicación en los que pueda manifestar sus necesidades y hacernos llegar sus sugerencias, para generar así espacios de relacionamiento bidireccionales.

Desde el mes de mayo del presente año, usted cuenta con un Ejecutivo de Atención al Prestador en nuestras sedes principales en cada una de las regionales del país. Éste será su contacto directo con nosotros y será el encargado de atenderlo y de brindarle soluciones oportunas a sus requerimientos.

Adicionalmente, sea esta la oportunidad para presentar nuestra nueva herramienta **Autorizate**, enmarcada en nuestro principio corporativo de mejoramiento continuo que persigue la excelencia operativa dentro de nuestra organización. **Autorizate** le permite al afiliado emitir sus autorizaciones de procedimientos de primer nivel desde cualquier computador conectado a la internet. Lo anterior, con el fin de mejorar la prestación del servicio a nuestros usuarios y crear herramientas que agilicen los procesos propios del sistema. Conscientes de que cada cambio genera efectos adversos, requerimos de su valiosa colaboración para asegurar el éxito de este nuevo aplicativo.

Contenido

SALUD AL DÍA: LOS PROBIÓTICOS (P.2)
COORDENADAS: CONSIDERACIONES EN EL CONTROL PRENATAL (P.6)
RESEÑA: OMEGA 3, REALIDADES CARDIOVASCULARES (P.8)
COOMTACTO DIRECTO: NUEVA PÁGINA WEB (P.10)

Probióticos: revisión de su eficacia clínica en gastroenterología

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentos (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han definido los probióticos como “organismos vivos que ingeridos en cantidades adecuadas confieren un beneficio saludable en el huésped”. Típicamente, generan modificaciones positivas de la flora intestinal que se traducen en beneficios clínicos significativos. Dentro de sus efectos específicos más conocidos se encuentran:

- Producción de sustancias antimicrobianas.
- Aumento en la resistencia a la colonización de patógenos.
- Estímulo de la respuesta inmune.
- Modificación positiva del microambiente gastrointestinal.

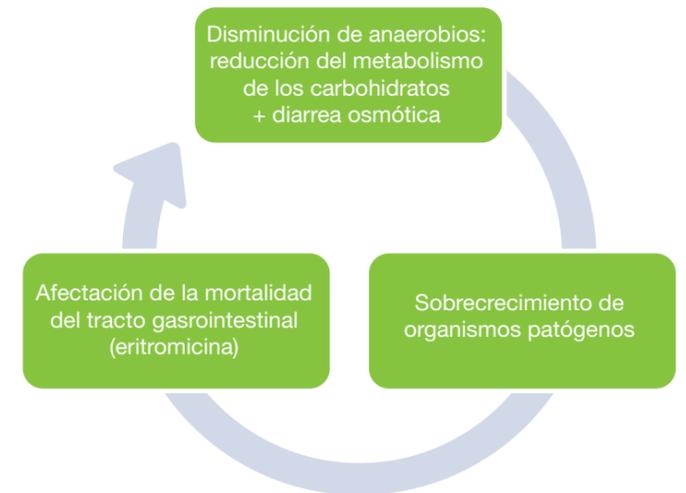
DIARREA ASOCIADA AL USO DE ANTIBIÓTICOS

La diarrea asociada al uso de antibióticos corresponde a un cuadro que ocurre durante o después de la administración de antibioticoterapia, en ausencia de alguna otra causa determinada. Se estima que ocurre en cerca del 25% de los adultos que reciben antibióticos.¹

Los antimicrobianos que se relacionan en mayor medida con este cuadro corresponden a los que presentan circulación entero-hepática. El cuadro diarreico puede presentarse incluso con desequilibrio hidroelectrolítico y deshidratación. Dentro de sus consecuencias más relevantes se encuentran:

- Incrementos en la estancia hospitalaria.
- Repercusiones sobre los costos de la atención en salud.
- Incremento en el riesgo de desarrollar otras infecciones.
- Alta mortalidad.

El mecanismo por el cual se generan estos cuadros es multifactorial y depende en gran medida del antibiótico utilizado:¹



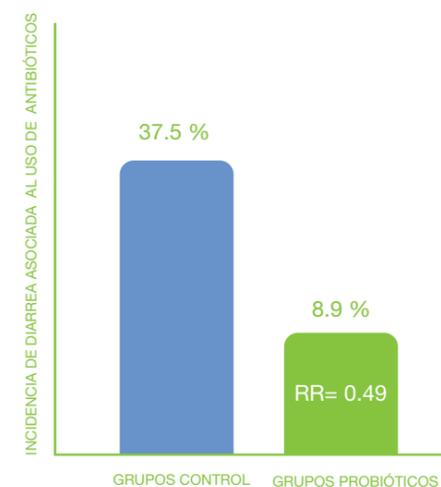
PAPEL DE LOS PROBIÓTICOS

Los probióticos colonizan el tracto gastrointestinal y repueblan el intestino con flora no patógena que optimiza la respuesta inmune e inhibe las bacterias patógenas. El mecanismo de acción específico de los probióticos aún no se conoce con certeza.¹

COCHRANE: MÁXIMA EVIDENCIA

Un metaanálisis del grupo de colaboración de Cochrane evaluó recientemente el panorama de este abordaje en población pediátrica. Se contó con los datos de 1.015 niños tratados y 971 controles con edades entre 1 y 15 años. Los autores concluyeron que la administración de probióticos reduce significativamente la incidencia de diarrea asociada al uso de antibióticos.² (Figura 1) Es importante tener en cuenta que, al parecer, una vez que se ha instaurado el cuadro, la administración de probióticos no ejerce efectos en términos de la duración de la diarrea. Expertos recomiendan el inicio del probiótico desde el comienzo de la antibioticoterapia para limitar la incidencia de diarrea posteriormente.³

Figura 1. Incidencia de diarrea asociada al uso de antibióticos en el metaanálisis del grupo de colaboración Cochrane.



Así, la administración de probióticos ejerce efectos preventivos claros en pacientes con riesgo de presentar diarrea asociada al uso de antibióticos. Debido a que esta condición se relaciona con tasas significativas de morbilidad y gastos económicos asociados, la prescripción racional de los probióticos parece constituir una herramienta efectiva. Bajo la luz de la evidencia disponible actualmente, se deben preferir los agentes con mayor respaldo científico.



PREVENCIÓN DE LA DIARREA ACUOSA

Cada año ocurren cerca de cuatro mil millones de episodios de diarrea a nivel mundial, responsables del 4% del total de muertes y 5% del total de días perdidos por incapacidad. Así, la prevención de la diarrea aguda es un desafío constante para los sistemas de salud. Con el objetivo de determinar la eficacia de los probióticos en este escenario, el grupo de investigación de Sazawal y colaboradores publicó un metaanálisis sobre el tema en la prestigiosa revista Lancet Infectious Diseases.⁴

Se incluyeron 28 estudios aleatorizados, enmascarados y controlados con placebo. Se determinó un efecto positivo con respecto a la administración de probióticos en esta entidad:

PREVENCIÓN DE DIARREA: -35%
Diarrea asociada a antibióticos: -52%
Diarrea del viajero: -8%

Aunque los efectos fueron mayores en población pediátrica (-57%), las bondades de estos agentes también se documentaron en adultos (-26%). Estas diferencias pueden obedecer a diferencias en la colonización y la flora intestinal en niños y adultos, o a la mayor prevalencia de diarrea infecciosa o asociada al uso de antibióticos en los pacientes pediátricos. Según el probiótico utilizado las reducciones fueron diferentes. Algunos de los resultados se muestran a continuación:

- 52 %

Saccharomyces boulardii
p=0,037

- 28 %

L rhamnosus GG
p=0,011

- 52 %

Combinación de 2 o más probióticos
p=0,011

De esta forma, la evidencia clínica demuestra la utilidad de la administración de probióticos en la prevención de la diarrea acuosa en gran número de escenarios clínicos, con un óptimo perfil de tolerabilidad. Así, junto con el lavado de manos, la optimización de las condiciones sanitarias, el consumo de agua potable y una adecuada manipulación y preservación de los alimentos, la administración de probióticos constituye una medida útil en la prevención de la diarrea aguda, en escenarios clínicos definidos. 



DESTACADOS

1. Los antimicrobianos que se relacionan en mayor medida con este cuadro corresponden a los que presentan circulación entero-hepática.
2. Expertos recomiendan el inicio del probiótico desde el comienzo de la antibioticoterapia para limitar la incidencia de diarrea posteriormente.
3. La administración de probióticos reduce la diarrea acuosa en 37%

REFERENCIAS

1. Doron SI, Hibberd PL, Gorbach SL. Probiotics for prevention of antibiotic-associated diarrhea. J Clin Gastroenterol. 2008;42 Suppl 2:S58-63.
2. Johnston BC, Supina AL, Ospina M, et al. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. Cochrane Database Syst Rev. 2007;CD004827.
3. Guandalini S. Probiotics for children with diarrhea: an update. J Clin Gastroenterol. 2008;42 Suppl 2:S53-7.
4. Sazawal S, Hiremath G, Dhingra U, Malik P, Deb S, Black RE. Efficacy of probiotics in prevention of acute diarrhoea: a meta-analysis of masked, randomised, placebo-controlled trials. Lancet Infect Dis. 2006;6(6):374-82.



Consideraciones en el control prenatal

Se ha demostrado que el seguimiento adecuado de la gestación mediante los programas de control prenatal reduce las tasas de morbilidad materna y neonatal. Dentro de los parámetros que a menudo se pasan por alto se encuentran el consumo de alcohol y el aspecto nutricional de la gestante. Por esta razón, es importante recordar algunos parámetros de importancia al respecto.

CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de alcohol durante la gestación es una de las causas prevenibles principales de defectos en el nacimiento y alteraciones del desarrollo del bebé. Comprende el síndrome alcohólico fetal y el denominado "espectro de alteraciones alcohólicas fetales".¹ Aún cuando los datos de investigaciones han demostrado que la exposición a bajos niveles de alcohol prenatalmente se relacionan con desenlaces adversos, su consumo durante la gestación constituye un problema de salud pública. Es importante recordar que no se ha identificado un umbral de consumo seguro.¹

EFFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LA GESTACIÓN.

- Restricción del crecimiento.
- Retrasos del neurodesarrollo.
- Malformaciones faciales.
- Riesgo de compromiso del desempeño físico, cognitivo y comportamental (hiperactividad, déficit de atención, desórdenes psiquiátricos severos, etc.).
- Bajo peso al nacer y riesgo de parto pretérmino.

Adicionalmente, los desenlaces adversos del consumo de alcohol durante la gestación consumen cantidades desproporcionadas de los recursos de atención en salud.

CONTROL DEL PESO

Los recientes cambios en los patrones de alimentación, las alteraciones en los estilos de vida y los nuevos conocimientos sobre la interrelación entre el metabolismo fetal y la aparición de condiciones en la vida adulta han resaltado el impacto de la nutrición en la gestante.²

Las gestantes con exceso de peso presentan incrementos en las tasas de abortos espontáneos, diabetes gestacional, hipertensión arterial, preeclampsia, necesidad de cesárea, macrosomía y malformaciones congénitas. Por cada unidad de incremento en el índice de masa corporal (kg/m²), el riesgo de defectos del tubo neural se incrementa en 7%.² Para evitar excesos o déficits en el consumo calórico materno se debe tener en cuenta que los requerimientos adicionales para las gestantes están en el orden de 300 kcal/día, colocando especial atención sobre la calidad de los nutrientes ingeridos.² Otros factores que se deben tener en cuenta son:

- La suplementación con folato es importante para la síntesis de ácidos nucleicos y la fisiología de la masa eritrocitaria.
- La suplementación con vitaminas también ha reportado beneficios, pero evitando altas dosis de vitamina A, K y E.
- Los requerimientos de hierro no pueden lograrse a través de la dieta solamente. Durante la ingesta de suplementos de hierro debería adicionarse a las dietas 15 mg de zinc y 2 mg de cobre.
- Los requerimientos de calcio no cambian durante la gestación: 1000 mg/día para mujeres entre 19 y 50 años y 1300 mg/día para mujeres menores de 18 años.

REFERENCIAS

- Bailey BA, Sokol RJ. Pregnancy and alcohol use: evidence and recommendations for prenatal care. Clin Obstet Gynecol. 2008;51(2):436-44.
- Mehta SH. Nutrition and pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2008;51(2):409-18.



Omega 3: realidades cardiovasculares

Los denominados "omega 3" corresponden a un grupo de ácidos grasos poliinsaturados que no pueden sintetizarse en el ser humano (ni en otros mamíferos), lo que obliga a incluirlos en la dieta:

- Ácido docosahexanoico (DHA) *
- Ácido eicosapentaenoico (EPA) *
- Ácido alfa-linolénico (ALA)
- Ácido eicosatetraenoico
- Ácido estearidónico

* Los dos primeros presentan mayor relevancia.



Se ha demostrado que el consumo de una dieta rica en estas sustancias ejerce efectos positivos sobre el sistema cardiovascular, principalmente sobre parámetros funcionales. Los beneficios se obtienen con pequeñas cantidades, del orden de 1 g/día.¹ Los ácidos grasos omega 3 se incorporan de manera selectiva y específica en los lípidos celulares, principalmente en los glicerosfosfolípidos, en donde ejercen su rol protector. Dentro de sus mecanismo de acción se encuentran:^{1,2}

- Modulación de funciones celulares.
- Reducción de la agregación plaquetaria.
- Disminución de los mediadores de la inflamación.
- Propiedades antiarrítmicas (modulación de los canales iónicos).
- Mejoran la estabilidad de la placa.
- Modifican favorablemente el perfil lipídico.
 - Disminuyen los triglicéridos.
 - Aumentan el colesterol HDL.
 - Aumentan el tamaño de las LDL (menos aterogenicidad).

Los peces de agua fría constituyen la mayor fuente de omega 3. El consumo recomendado de este tipo de ácidos grasos se muestra en la tabla 1.

POBLACIÓN GENERAL

PESCADO: CONSUMO POR LO MENOS DOS VECES POR SEMANA

ÁCIDOS GRASOS OMEGA 3:

- EPA+DHA: POR LO MENOS 0,65 G/DÍA
- EPA: MÍNIMO 0,22 G/DÍA
- DHA: MÍNIMO 0,22 G/DÍA

AD CARDIOVASCULAR

EPA+DHA: POR LO MENOS 1 G/DÍA

Tabla 1. Consumo recomendado de ácidos grasos omega 3¹



EVIDENCIA CLÍNICA

Un metaanálisis de seis estudios epidemiológicos que evaluaron el consumo de EPA+DHA y su relación con enfermedad coronaria demostraron una relación significativa dosis-respuesta entre el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular y el consumo de omega 3 (p=0.03), con reducciones de riesgo relativas de 37% con un promedio de consumo de EPA+DHA de 566 mg/día.³

Por esta razón, las sociedades americana y europea de cardiología incorporaron al omega 3 (EPA y DHA) en sus guías de tratamiento para: infarto al miocardio, prevención de enfermedad cardiovascular, tratamiento de arritmias ventriculares, y prevención de muerte cardíaca súbita.⁴

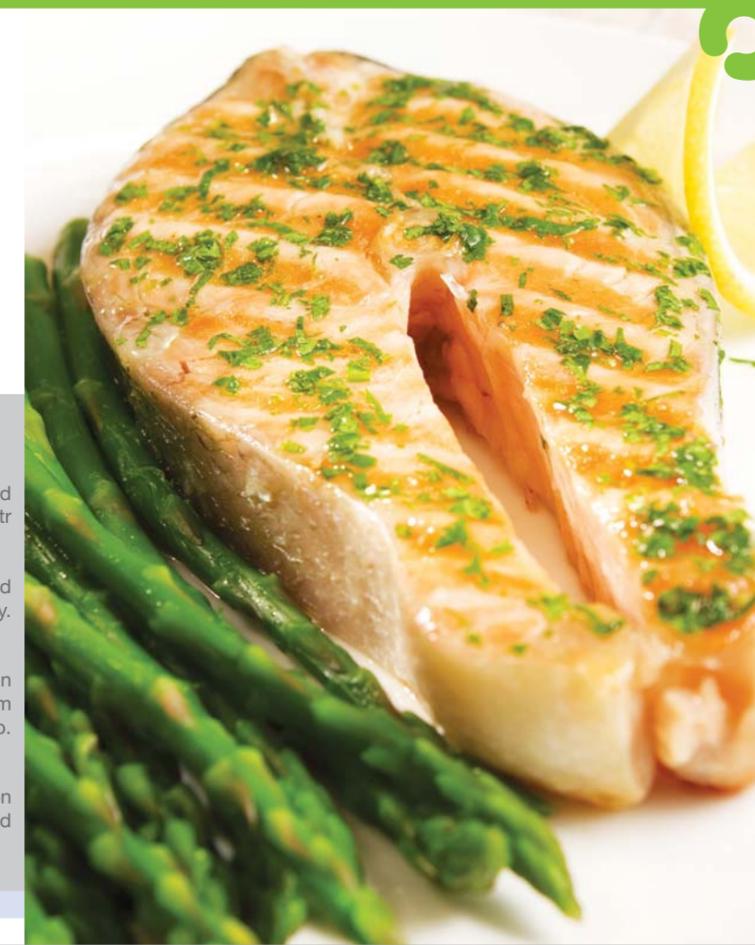
VENTAJAS DEL CONSUMO DE PESCADO COMO FUENTE DE OMEGA 3 CON RESPECTO A LA TOMA DE PREPARADOS SINTÉTICOS.¹

- La carne de pescado, además de proveer omega 3, también brinda vitaminas liposolubles y micronutrientes como calcio, fósforo, hierro, cobre, selenio y yodo (agua salada).
- La estabilidad del omega 3 en extractos y preparaciones purificadas, ante procesos oxidativos, es menor en comparación con el contenido en el pescado, en donde es protegido por varios componentes estabilizantes.
- Su biodisponibilidad es mayor cuando es ingerido como parte de alimentos.

Aunque la oferta de suplementos de ácidos grasos omega 3 es amplia, se debe tener precaución en escoger una marca reconocida que asegure la cantidad y la calidad de la preparación. Adicionalmente, la American Heart Association recomienda que el tratamiento con ácidos grasos omega 3 en dosis de 2 a 4 g/día, sea indicado y controlado por bajo supervisión médica.⁴

REFERENCIAS

1. Galli C, Risé P. Fish consumption, omega 3 fatty acids and cardiovascular disease. The science and the clinical trials. *Nutr Health*. 2009;20(1):11-20.
2. Dall TL, Bays H. Addressing lipid treatment targets beyond cholesterol: a role for prescription omega-3 fatty acid therapy. *South Med J*. 2009 Apr;102(4):390-6.
3. Harris WS, Kris-Etherton PM, Harris KA. Intakes of long-chain omega-3 fatty acid associated with reduced risk for death from coronary heart disease in healthy adults. *Curr Atheroscler Rep*. 2008 Dec;10(6):503-9.
4. Sadovsky R, Collins N, Tighe AP, Safeer RS, Morris CM, Brunton SA. Dispelling the myths about omega-3 fatty acids. *Postgrad Med*. 2008 Jul;120(2):92-100.



m mejoramos el contacto

Diseñamos una página Web para uso exclusivo de nuestros profesionales de la salud.

www.medicinaprepagada.coomeva.com.co/profesionalesdelasalud



Directorio de Profesionales: Directorio en línea.

Actualización de datos: Actualización automática de datos.

Nuestras publicaciones: Histórico de nuestros medios para su consulta.

Actualidad médica: Noticias de interés del sector y de las diferentes especialidades.

Investigación en salud: Sitio destinado para la publicación de sus escritos y para invitarlo a desarrollar proyectos de investigación con nosotros.

Vivir mejor: Tips de buenas prácticas y hábitos saludables.

Eventos académicos: Agenda actualizada de los eventos académicos nacionales e internacionales.

Líneas de atención al cliente

Cali: 3181333 - Cali Teléfono inteligente: 5242442 • Barranquilla: 3683434
Bogotá: 4205951 • Medellín: 5149180
Líneas gratuitas: 018000 111666

Ahora comunicarse con Coomeva Medicina Prepagada es más fácil.

Escríbanos a:

prestadores_comeva@coomeva.com.co

y obtenga una respuesta oportuna a sus solicitudes y necesidades.

Gerente General (E) Coomeva Medicina Prepagada: Jaime Alberto Zapata Builes • **Comité Editorial:** Virgilio Barco Serna **Gerente Nacional de Salud Coomeva Sector Salud** • Pascual Estrada Garcés: **Director Nacional de Atención en Salud** • Edison Barrios Vivas: **Director Nacional de Calidad en la Atención** • Héctor Eduardo Castro Jaramillo: **Director Nacional de Contratación** • Luis Fernando Otálvaro: **Director Nacional de Salud Pública**

Queda prohibida la reproducción y la impresión total o parcial de los artículos en cualquier sistema electrónico sin permiso previo del editor, conforme a la ley, en los países signatarios de las convenciones panamericana e internacional del derecho de autor. El desarrollo de contenidos, entrevistas, a rmaciones y avisos de esta publicación obedecen exclusivamente a la política de comunicación médica del auspiciante y no necesariamente reflejan las opiniones o intereses de la casa editorial. Las firmas anunciantes se responsabilizan de la información que suministran en sus avisos.

Editor Médico/Sergio Beltrán López, M.D. (sergio.beltran@legis.com.co) • **Diagramación/CHM** Agencia_Medellín
Corrección de Estilo/Lina Andrea Morales • **Fotografías** © 2009 JupiterImages Corporation