Carbohidratos bajos y dieta mediterránea efectiva para bajar de peso

Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. N Engl J Med 2008; 359: 229-241.
SHAI I, SCHWARZFUCHS D, HENKIN Y, ET AL., FOR THE DIETARY INTERVENTION RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL (DIRECT) GROUP

Nivel de Evidencia: II-1

Las dietas mediterráneas y bajas en carbohidratos son efectivas para bajar de peso y tienen otros efectos favorables tales como mejor control lipídico y de glicemia, que una dieta baja en grasas, reportó este estudio de dos años de 322 hombres y mujeres moderadamente obesos realizado en un centro de investigación en Israel. Los participantes (entre 40 y 65 años de edad, promedio de 52 años; hombres, 86%) fueron randomizados a dieta baja en grasa con restricción de calorías; una dieta mediterránea, con restricción de calorías, o una dieta baja en carbohidratos sin restricción de calorías. Los participantes tenían un IMC sobre 27 (promedio 31), o diabetes tipo 2, o enfermedad cardiaca coronaria (ECC), sin importar la edad o el IMC. El objetivo fue comparar la efectividad y seguridad de los protocolos nutricionales.

Cada grupo fue asignado a una dietista, quien tuvo 18 sesiones de 90 minutos cada una.

El almuerzo, la principal comida en Israel, fue servido en la cafetería del sitio de investigación y su alimento de acuerdo a la dieta asignada. Los participantes en el grupo de baja grasa comieron granos bajos en grasa, vegetales, frutas y legumbres y grasas limitadas a 1.500 calorías para mujeres y 1.800 calorías para hombres, con 30% de calorías de la grasa. La dieta mediterránea –dieta moderada en grasa– era rica en vegetales y baja en carne roja, que fue reemplazada con pollo y pescado. La principal fuente de grasa fue el aceite de oliva y las nueces. La ingesta calórica fue limitada como en el grupo de dieta baja en grasa. La dieta baja en carbohidratos no se limitó en la ingesta total de calorías, proteínas o grasas. Sin embargo, los carbohidratos se limitaron a 30 gs por día por los primeros dos meses con un aumento gradual de 120 gs/día.

Todos los grupos perdieron peso, con la máxima pérdida de peso en los seis primeros meses. La pérdida promedio de peso a los 24 meses fue 2.9 kg para el grupo bajo en grasa, 4.4 kg para el grupo de dieta mediterránea y 4.7 kg para el grupo bajo en carbohidratos. Todos los grupos tuvieron disminución significante de la circunferencia de la cintura y la presión sanguínea. Los efecto benéficos metabólicos se sostuvieron después de 24 meses, con la mayor disminución del LDL-C y la glicemia en ayunas en el grupo de dieta mediterránea.

Comentario. Este curioso estudio contiene nuevas interesantes para los dietistas. Tanto la dieta mediterránea como la dieta baja en carbohidratos parecen producir resultados similares en esta muestra de 300 sujetos moderadamente obesos. La alta tasa de aceptabilidad de las dietas (85% en general) sugiere que la mayoría de la gente puede tolerar este nivel de restricción calórica y dietaria de forma sostenida, aunque la dieta baja en carbohidratos es más dura de mantener con 78% de completada. Estos datos agregan soporte adicional a que las dietas bajas en carbohidratos son amigablemente lipoproteínicas. El grupo bajo en carbohidratos tuvo el aumento mayor en HDL-C y los planes bajos en grasas no necesariamente reducen el colesterol y los de la dieta mediterránea tenían la mayor caída en LDL-C.

Hay unos pocos temas que merecen comentarios adicionales. Primero, la dieta mediterránea israelí en este estudio puede no ser la misma como la del concepto americano de dieta mediterránea, como que se basa más en vegetales y en vegetales más amigables.

Segundo, solo el 16% de los participantes en este estudio fueron mujeres, y ellas parece que fallaron en alcanzar pérdida apreciable de peso (promedio de pérdida de peso 0.1 kg) en la dieta baja en grasas, aunque los números son muy pequeños para sacar conclusiones.

Finalmente, el grupo de estudio tenía el almuerzo como la comida principal del día en contraste con el patrón típico americano.

Estos hallazgos indican que basado en preferencias personales y su estado de salud, es posible escoger un plan de dieta anticipando una modesta reducción de peso y una mejoría en los parámetros de salud tales como el perfil lipídico y los índices de glicemia.

Nanette Santoro, MD
Professor and Director
Division of Reproductive Endocrinology
Department of Ob/Gyn & Women's Health
Albert Einstein College of Medicine. Bronx, NY

MENOPAUSIA AL DÍA

El sildenafil mejora los efectos adversos de los antidepresivos en la función sexual

Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. JAMA 2008; 300: 395-404.

NURNBERG HG, HENSLEY PL, HEIMAN JR, CROFT HA, DEBATTISTA C, PAINE S.

Nivel de Evidencia: I

La disfunción sexual asociada con el uso de antidepresivos inhibidores selectivos y no selectivos de la recaptación de serotonina (SRIs) –usados para depresión en mujeres premenopáusicas– mejora con intervención con sildenafil, se encontró en este trabajo prospectivo, paralelo, randomizado, doble ciego, controlado con placebo de ocho semanas, realizado en siete centros de investigación de los Estados Unidos. El estudio incluyó 98% de mujeres premenopáusicas (promedio edad 36.7 años) quienes previamente tenían una función sexual normal antes de tomar SRIs para depresión. Todos tenían remisión de sus síntomas depresivos. La mitad de las mujeres se asignaron aleatoriamente a tomar sildenafil antes de la actividad sexual a una dosis flexible de 50 mg ajustable a 100 mg y la otra mitad se asignó a placebo. El objetivo primario medido fue el cambio promedio de los puntajes de la escala Clinical Global Impresion Sexual Function. Medidas adicionales fueron cambios en otras escalas de funcionamiento sexual, un LOG de eventos de actividades sexual y la escala de Hamilton para depresión.

El tratamiento con sildenafil se asoció con una reducción de los efectos adversos sexuales, principalmente demora del orgasmo y lubricación inadecuada. No se reportó mejoría en el 73% de mujeres tomando placebo y 28% de mujeres tomando sildenafil. La diferencia de cambio en promedio de la Escala Global Impresión adaptada para función sexual fue de 1,91% (IC 95% 1.57-2.269 para el grupo sildenafil frente a 1.18 IC 95% 0.75-1.46) para el grupo placebo. Hubo mejorías en otras escalas de funcionamiento sexual para el grupo tratado con sildenafil en la habilidad de alcanzar orgasmo y en satisfacción. Las mujeres en ambos grupos tenían similares escalas de Hamilton para depresión y estas permanecieron esencialmente iguales durante el estudio

Comentario 1. La mejoría de la función sexual de las mujeres premenopáusicas con sildenafil para la disfunción sexual asociada con antidepresivos es esperanzadora. El estudio de Nurnberg y col. está bien hecho: una investigación basada en las evidencias que demuestra diferencias significativas en la medición global de las mujeres, un reporte subjetivo de ellas en tres instrumentos de funciones sexuales diferentes. Mientras la diferencia entre el placebo y el sildenafil no es gigantesca, sugieren que la mujer percibe un cambio positivo en la excitación y el orgasmo con la medicación. Dado que hay una relación 2:1 en la tasa de depresión en mujeres comparadas con hombres, y muchas de las mujeres son tratadas con SRIs con su asociación negativa con los efectos secundarios