

¿Son las estatinas más efectivas en hombres que en mujeres?

Arch Intern Med. 2012;172(12):909-919.

Las estatinas reducen el riesgo de eventos cardiovasculares recurrentes en ambos sexos, pero el beneficio sobre la mortalidad de cualquier causa y sobre el ictus parecer estar limitado al género masculino, según se acaba de comunicar en un metanálisis reciente publicado en Archives of Internal Medicine.

El análisis incluyó 11 estudios aleatorizados, controlados con placebo de estatinas en prevención secundaria, reuniendo datos procedentes de más de 43000 pacientes (un 20% mujeres). En general, el tratamiento con estatinas reducía de forma significativa el riesgo de cualquier evento cardiovascular cerca de un 20% tanto en hombres como en mujeres. Las estatinas también redujeron de manera significativa el riesgo de muerte por cualquier causa y de ictus en hombres pero no lo hicieron en mujeres. Los autores afirman que las diferencias entre géneros encontradas probablemente son secundarias a la pequeña proporción de mujeres incluidas en los ensayos analizados y a un peor estatus de salud cardiovascular en estas mismas mujeres. Esto hace que las conclusiones de este análisis se tengan que mantener en cautela. Los editorialistas comentan acerca de este trabajo que la carencia de significación en estos hallazgos en mujeres es un sesgo y sugieren que las estatinas funcionan tan bien en hombres como en mujeres.

Las dietas bajas en hidratos de carbono y ricas en proteínas se asocian a mayor riesgo cardiovascular en mujeres

BMJ 2012

Las mujeres que siguen regularmente una dieta baja en hidratos de carbono (HC) y rica en proteínas presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular de acuerdo a los datos de un estudio observacional publicado recientemente en BMJ.

El estudio realizado en unas 43000 mujeres de Suecia con edad comprendida entre 30 y 49 años y sin historia previa de enfermedad cardiovascular, completaron un cuestionario que evaluaba sus patrones de dieta habituales. El seguimiento duró 16 años y en ese periodo ocurrieron 1270 eventos cardiovasculares. Tras ajustar por factores contundentes tales como IMC, tabaco, actividad física e ingesta de grasa saturada, el riesgo para eventos cardiovasculares se incrementó de forma significativa cuando la ingesta de HC disminuyó y la de proteínas aumentó. En particular, por cada 2 unidades de aumento de un score de bajos HC-altas proteínas (en una escala de 2 a 20), las mujeres tuvieron un 5% de mayor riesgo CV.

Los editorialistas concluyen diciendo que los beneficios que tienen a corto plazo las dietas pobres en HC y ricas en proteínas para perder peso son irrelevantes si además conllevan una mayor evidencia de enfermedad CV a largo plazo.

Linagliptina se muestra no inferior a glibemipirida como terapia adyuvante a la metformina en el tratamiento de la diabetes tipo 2.

Lancet 2012

En pacientes diabéticos tipo 2 pobremente controlados, el inhibidor de la DPP-4, linagliptina no es inferior a la glibemipirida cuando se usa en combinación con la metformina –y está asociado con menos episodios hipoglucémicos y eventos cardiovasculares- de acuerdo a los resultados recientemente publicados en Lancet.

En un estudio de no-inferioridad doble ciego, los investigadores aleatorizaron a 1500 pacientes diabéticos tipo 2 y en tratamiento con metformina a recibir o bien linagliptina o bien glibemipirida durante 2 años. El cambio en la hemoglobina glicosilada entre el nivel basal y la semana 104 fue similar en ambos grupos de tratamiento. Sin embargo, los episodios de hipoglucemia y los eventos cardiovasculares (principalmente ictus) fueron ambos menos frecuentes en el grupo de linagliptina. El peso corporal disminuyó con linagliptina pero aumentó con glibemipirida.

Los autores comentan que el estudio confirma que linagliptina no es inferior a glibemipirida en reducir los niveles de HbA1c; sin embargo, linagliptina es más costosa. Alertan de que son necesarios estudios más a largo plazo para confirmar la ventaja de linagliptina sobre glibemipirida respecto a los eventos cardiovasculares.

Alarmante aumento de la hipertensión en los niños estadounidenses

Cheryl L Tran et al, Hypertension, June 18, 2012.

El primer análisis de tratamientos hospitalarios para la hipertensión pediátrica en los EE.UU. durante un periodo de 10 años, entre 1997 y 2006, muestra que las hospitalizaciones por esta indicación casi se duplicó en el curso del estudio, y los costos asociados. El informe fue publicado en línea el 18 de junio 2012 en la revista Hypertension.

El autor principal Dr. Cheryl L Tran (Universidad de Michigan, Ann Arbor), un nefrólogo pediátrico, dijo a heartwire que las cifras eran "sorprendentes y alarmantes". El mensaje final es que la frecuencia de hospitalización pediátrica por hipertensión está aumentando, y lo atribuyó a que la incidencia de hipertensión está aumentando.

Tanto Tran y sus colegas creen que la obesidad es uno de los principales factores subyacentes que impulsan este aumento de la hipertensión entre los niños. Estos aumentos significativos en la presión arterial es probable que sea por la ola de obesidad infantil que se está extendiendo a través de América.

Los investigadores dicen que los niños con hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados es probable que tengan cualquiera de hipertensión grave o hipertensión complicada son enfermedades coexistentes. De hecho, se ha demostrado que la hospitalización de los niños con hipertensión y la enfermedad terminal del riñón, por ejemplo, da lugar a aumentos significativos en gastos de salud, y la duración media de estancia de los niños con hipertensión arterial fue el doble que el de los niños con otras enfermedades, ocho días en comparación con cuatro.

Los niños hospitalizados con hipertensión tenían más probabilidades de ser varones, mayores de nueve años, afroamericano, y tratados en un hospital de enseñanza. Contar con profesionales de la salud continuará asesorar a las familias - la educación sobre estilos de vida saludables como la dieta y el ejercicio -, sino también asegurarse de que estamos identificando la hipertensión en los niños desde el principio para asegurar que estamos proporcionando el tratamiento adecuado. Estas dos cosas son los primeros pasos para ayudar a prevenir la enfermedad y / o complicaciones asociadas.

Un mito es que la hipertensión pediátrica se atribuye principalmente a causas secundarias, dice, mientras que en la realidad, la creciente prevalencia de la obesidad [medios] el diagnóstico más común es la hipertensión esencial. Tampoco es cierto que la infancia de BP no está relacionada con la hipertensión de adultos - múltiples estudios han demostrado el seguimiento de la hipertensión en la edad adulta - o que los niños pueden ser diagnosticados con hipertensión, pero que el verdadero daño a un órgano no se produce hasta la edad adulta.

Hasta el 30% de los niños diagnosticados con hipertensión ya tiene la evidencia de lesión vascular. Ahora es el momento para invertir en la detección temprana, prevención y tratamiento de la elevación de la PA en los niños, siendo los pediatras los que disponen de una serie de fármacos con dosificación pediátrica, la seguridad y, a menudo, incluso el etiquetado. Si el estudio nos dice algo, es que no podemos darnos el lujo de esperar.

La depresión y la FA en la mujer: No Worry, Be Happy

Whang W et al. Global psychological distress and risk of atrial fibrillation among women: The Women's Health Study. J Am Heart Assoc 2012 Jun; 1.

El estrés es frecuentemente culpado como etiología de la enfermedad cardíaca y la depresión se ha asociado con la muerte súbita de origen cardíaco (JW Cardiol 10 de junio 2005). Sin embargo, si el efecto negativo está relacionado con la fibrilación auricular (FA) no está claro. El Estudio de Salud de la Mujer incluyó a 39,876 mujeres libres de enfermedad cardiovascular, que fueron aleatorizados para recibir la vitamina E, la aspirina de baja dosis, ambos o ninguno para la prevención primaria del cáncer y las enfermedades cardiovasculares. De éstos, 30,746, con un seguimiento adecuado y completo de Salud Mental.

Durante una mediana de seguimiento de 125 meses, 2.089 (6,8%), las mujeres reportaron problemas psicológicos importantes, y 771 (2,5%) tenían FA de nuevo inicio. Ni el mundial de socorro y psicológica ni la depresión se asocia con fibrilación auricular. Un análisis post-hoc mostraron una disminución significativa en el riesgo de FA en las mujeres que dijeron sentirse felices alguna vez o la mayoría de las veces.

Comentario: Contrario a la creencia popular, el estrés no es la fuente de todos los males. En estudios previos, los síntomas depresivos se han asociado con el infarto de miocardio, así como la muerte súbita cardíaca, pero no con la fibrilación auricular, y de acuerdo con este estudio, por ejemplo, una asociación con la FA es poco probable. Un editorialista se centra en el hallazgo exploratorio que el afecto positivo puede tener un efecto protector contra la FA. El resultado final: Manténgase feliz si se puede - pero incluso si usted no puede, no se preocupe por la FA.

Screening de los aneurismas aórticos encontrado rentable

Rikke Søgaard. BMJ 2012; 345 doi: 10.1136/bmj.e4276

Un estudio danés publicado en el BMJ confirma la relación coste-eficacia de la detección de aneurismas de aorta abdominal en hombres mayores y explora los beneficios de la reselección en aquellos con mayores diámetros aórticos. (Los EE.UU. Preventive Services Task Force recomienda un tiempo de detección para los hombres entre las edades de 65 y 75 años que han fumado alguna vez.)

Los investigadores utilizaron registros nacionales daneses para caracterizar una cohorte teórica de 100.000 hombres a los 65 años. A continuación, el modelo de cribado versus ninguna detección y entre los que fueron seleccionados inicialmente, una proyección única repetición a los 5 años frente a la revisión cada 5 años para la vida.

El screening fue más rentable que no cribar. El uso de un umbral de costo-efectividad de aproximadamente 30.000 dólares para cada uno ajustado a la calidad año de vida ganado, una reselección solo después de 5 años parecía óptima en aquellos con un diámetro aórtico de 25 a 29 mm en la pantalla inicial.

Sin embargo, los autores citan la "incertidumbre sustancial" y aconsejan una mayor investigación sobre las tasas de crecimiento del aneurisma y la rotura de este.



Zona de Descarga

Descarguese documentos relacionados con el 22º Congreso SAHTA.....

- Descargar Avance de Programa
- Inscripción al Congreso
- Normativa de Envío de Comunicaciones



European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

- Download Documents -

Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos +

La SAHTA en las Redes Sociales



PLAN CUÍDATE +
-SAL = +SALUD

