

## Los adolescentes que consumen cigarrillos electrónicos son más de 5 veces más propensos a fumar cigarrillos tradicionales

**PEDIATRICS Volume 138 , number 1 , July 2016 :e 20160379**

Los adolescentes que usan cigarrillos electrónicos son significativamente más propensos que los no usuarios a ser fumadores de cigarrillos tradicionales cuando llegan a la edad legal para comprar tabaco.

Alrededor de 150 adolescentes de California, de 11 o 12 años, reportaron el uso de cigarrillos electrónicos, pero que nunca fumaron cigarrillos tradicionales, fueron comparados con 150 estudiantes que nunca usaron cigarrillos electrónicos. Los participantes respondieron a preguntas de seguimiento sobre el hábito de fumar después de cumplir los 18 años.

Alrededor del 40% de los adolescentes que reportaron el uso de e-cigarrillo en el cuestionario inicial afirmaron fumar cigarrillos tradicionales en el seguimiento, en comparación con sólo el 11% de los que nunca habían usado e-cigarrillos. Tras el ajuste multivariado, los usuarios de e-cigarrillos tenían más de 5 veces más probabilidades de comenzar a fumar de modo tradicional, frente a los que nunca habían usado e-cigarrillos. La asociación fue aún mayor entre los adolescentes que no se consideran susceptibles a fumar, es decir, aquellos que inicialmente dijeron que no tenían intención de fumar cigarrillos (odds ratio: 9,7).

## Los beneficios y perjuicios de la sal: esto es complicado

**Harlan M. Krumholz, MD, SM Revisión O'Brien E., Lancet 2016 20 de mayo.**

Los efectos difieren entre aquellos sujetos con y sin hipertensión.

La controversia rodea a las recomendaciones sobre el consumo de sodio. En un análisis combinado de cuatro estudios parcialmente apoyado por el fabricante que implican 133.118 personas de 49 países (aproximadamente la mitad hipertensos y la otra mitad normotensos), los investigadores trataron de definir la relación entre la ingesta de sodio y los eventos cardiovasculares. El grupo de estudio incluyó a los participantes en cuatro estudios prospectivos para los cuales se disponían de medidas de la excreción de sodio en orina de 24 horas. Estas medidas se utilizaron para inferir la ingesta. La mediana de seguimiento fue de 4,2 años.

Los resultados variaron según el estado de hipertensión: la ingesta de sodio más alta fue más fuertemente asociado con la presión arterial sistólica mayor en aquellos con hipertensión, aunque la asociación fue positiva en ambos grupos. Una mayor ingesta de sodio ( $\geq 7$  g /día) se asoció con un mayor riesgo de muerte por cualquier causa y los eventos cardiovasculares sólo en aquellos con hipertensión. Una menor ingesta de sodio ( $< 3$  g /día) se asoció con un mayor riesgo de muerte y eventos cardiovasculares mayores, tanto en las personas con hipertensión como en normotensos.

Comentario: Este amplio estudio internacional muestra una interesante complejidad en la relación de la ingesta de sodio al riesgo. Un menor consumo fue un factor de riesgo de sensibilización constante, mientras que la ingesta más alta era un factor de riesgo sólo para aquellos con hipertensión. En una era donde impera la medicina de precisión, estos resultados plantean preguntas con respecto a nuestra capacidad de determinar por qué el riesgo está asociado con la ingesta de sodio en algunos pacientes y, en última instancia, nuestra capacidad para determinar el riesgo individual. Como estrategia general no puede servir para todos, y por ahora estos resultados sugieren que las personas con hipertensión tienen más que ganar al evitar las dietas de alto contenido de sodio.

## Una dieta mediterránea rica en grasas no promueve ganancia de peso

**Lancet Diabetes and Endocrinology 2016**

Una dieta mediterránea rica en grasa no conduce al aumento de peso - más bien, podría ayudar con la pérdida de peso - según un subanálisis del estudio PREDIMED publicado en la revista The Lancet.

Aproximadamente 7.500 hombres y mujeres en España fueron asignados aleatoriamente a seguir una dieta mediterránea rica en grasas suplementada con aceite de oliva extra virgen o frutos secos, o una dieta control baja en grasa. La dieta mediterránea rica en grasa se destinó a aumentar el consumo de grasas a más del 40% de las calorías diarias, mientras que la dieta de control se dirigió a reducir la ingesta de grasas a menos del 30% de las calorías.

Durante los 5 años de seguimiento, los participantes que siguieron la dieta mediterránea, rica en aceite de oliva perdieron significativamente más peso que el grupo de control (alrededor de medio kilogramo más). Además, la circunferencia de la cintura fue menor con las dos dietas mediterráneas que con la dieta control.

Un editorial escribe: "Las pautas dietéticas deben ser revisadas para enterrar los límites arbitrarios obsoletos, sobre el consumo total de grasas ... Debemos abandonar el mito de que dietas con menos grasa o con productos bajos en calorías conducen a un menor aumento de peso siempre, cuando esto no es así".

## Reducción intensiva de la TA en pacientes con hemorragia cerebral

**NEJM 2016**

Existen datos limitados sobre cuales son las cifras objetivo de TA en el tratamiento de la respuesta hipertensiva aguda en pacientes con hemorragia intracerebral.

**MÉTODOS:** Se asignó aleatoriamente a los participantes elegibles con hemorragia intracerebral (volumen,  $< 60$  cm<sup>3</sup>) y una puntuación de coma de Glasgow (GCS) de 5 o más (en una escala de 3 a 15) a una presión arterial sistólica objetivo de 110 a 139 mm Hg (tratamiento intensivo) o un objetivo de 140 a 179 mm Hg (tratamiento estándar) con el fin de probar la superioridad de la reducción intensiva de la presión arterial sistólica a la reducción estándar; se utilizó nicardipino intravenoso para disminuir la presión arterial y se administró en el plazo de 4,5 horas después del inicio de los síntomas. El resultado primario fue la muerte o discapacidad (puntuación en la escala de Rankin modificada, de 4 a 6, en una escala que va de 0 [sin síntomas] a 6 [la muerte]) a los 3 meses después de la aleatorización.

**RESULTADOS:** Entre 1000 participantes con una presión media ( $\pm$  DE) sistólica de  $200,6 \pm 27,0$  mmHg al inicio del estudio, 500 fueron asignados a tratamiento intensivo y 500 al tratamiento estándar. La edad media de los pacientes fue de 61,9 años, y el 56,2% eran asiáticos. El reclutamiento se detuvo a causa de inutilidad después de un análisis intermedio pre-especificado. Se observó que el resultado primario de muerte o discapacidad en el 38,7% de los participantes (186 de 481) en el grupo de tratamiento intensivo y en el 37,7% (181 de 480) en el grupo de tratamiento estándar (riesgo relativo, 1,04; 95% intervalo de confianza, 0,85 a la 1,27; El análisis se ajustó por edad, la puntuación GCS inicial, y la presencia o ausencia de hemorragia intraventricular). Los acontecimientos adversos graves que se producen dentro de las 72 horas después de la asignación al azar y que fueron considerados por el investigador del centro de estar relacionados con el tratamiento fueron reportados en el 1,6% de los pacientes en el grupo de tratamiento intensivo y en el 1,2% de aquellos incluidos en el grupo de tratamiento estándar. La tasa de eventos adversos renales dentro de los 7 días después de la aleatorización fue significativamente mayor en el grupo de tratamiento intensivo que en el grupo de tratamiento estándar (9,0% vs. 4,0%,  $P = 0,002$ ).

**CONCLUSIONES:** El tratamiento de pacientes con hemorragia intracerebral para lograr un objetivo de presión arterial sistólica de 110 a 139 mm de Hg no se tradujo en una menor tasa de muerte o incapacidad que la reducción estándar a un objetivo de 140 a 179 mm Hg.

