

El chocolate negro puede ser coste-efectivo en reducir el riesgo cardiovascular.

BMJ 2012;344:e3657 doi: 10.1136/bmj.e3657 (Published 31 May 2012)

El chocolate negro puede ser una opción coste-efectiva –y muy rica- para reducir el riesgo cardiovascular en pacientes de alto riesgo, según acaba de publicarse en un trabajo en el BMJ. Para probar esta hipótesis, unos investigadores australianos usaron datos procedentes de diversos metanálisis que demostraban que el consumo de chocolate negro reducía la presión arterial sistólica en 3.2 mmHg y el colesterol LDL en 6 mg/dl. El modelo incluyó 2000 personas con HTA y síndrome metabólico que estaban libres de enfermedad cardiovascular. Ellos calcularon que más allá de 10 años, el consumo regular de chocolate negro podría prevenir 70 eventos cardiovasculares no fatales y 15 muertes cardiovasculares por 10000 pacientes tratados. La estrategia sería coste-efectiva si se gastaban 42 \$ por persona y año en una estrategia de prevención basada en chocolate negro (ej., anuncios, campañas de educación poblacional, etc.). La estrategia también sería coste-efectiva con solo el 80% de compliance.

Los autores concluyeron que los beneficios del chocolate son agradables y sostenidos como opción de tratamiento. Las evidencias hasta la fecha sugieren que el chocolate tiene que ser negro y con al menos 60%-70% de contenido en cacao o formulado para estar enriquecido en polifenoles.

Los suplementos de calcio pueden aumentar el riesgo de infarto de miocardio.

Heart 2012;98:920-925 doi:10.1136/heartjnl-2011-301345

El uso de suplementos de calcio se ha asociado con cerca del doble de riesgo de infarto de miocardio (IM), pero sin embargo, la ingesta de calcio a través de la dieta no confiere mayor riesgo, de acuerdo con un estudio publicado en el último número de Heart. En él investigadores alemanes analizaron datos procedentes de 24000 personas de entre 35 y 64 años que completaron cuestionarios de dieta y de uso de suplementos. Después de 11 años de seguimiento, unos 350 personas tuvieron un IM. Las personas que estaban en el tercer cuartil de consumo de calcio tuvieron un menor riesgo de IM en comparación a aquéllos que estaban en el cuartil más bajo (HR, 0.69). Sin embargo, aquéllos que tomaron calcio en suplementos tuvieron un mayor riesgo de IM comparado con los que no tomaron suplementos de calcio (HR, 1.86).

Los autores concluyen que los suplementos con calcio deberían tomarse con precaución. Los editorialistas apuntan a que la evidencia es cada vez mayor de que estos suplementos no son seguros y no son particularmente efectivos. Nosotros deberíamos retomar la visión del calcio como un componente importante de una dieta equilibrada y no como una herramienta de bajo coste para resolver el problema de la pérdida de masa ósea postmenopáusica.

Los suplementos con omega-3 no aportan beneficio en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular.

Published in Journal Watch General Medicine May 24, 2012

En recientes estudios se ha puesto de manifiesto la carencia de beneficio de los omega-3 en la prevención 2ª de la enfermedad cardiovascular (ECV) y deberíamos apostar por otras estrategias preventivas. Los omega-3, EPA y DHA, tienen actividad antiinflamatoria, antiaterogénica y antitrombótica que hacen de ellos unos agentes muy atractivos para ser empleados en la prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV). En ensayos abiertos, los omega-3 han mostrado tener un beneficio significativo en la prevención secundaria de la ECV, pero en ensayos controlados se han encontrado resultados contradictorios. Investigadores subcoreanos identificaron 1007 ensayos clínicos desde 1976 a 2011 que utilizaron omega-3 para prevenir la ECV. Para su metanálisis seleccionaron 14 ensayos clínicos controlados y aleatorizados que reunían a 20000 pacientes con enfermedad CV conocida (edad media 63 años, 79% hombres). Las dosis de EPA o DHA iban desde 0.4 g a 4.8 g al día, y varios aceites (ej., oliva, girasol, maíz) se utilizaron como placebo. A una media de seguimiento de más de 2 años, en los grupos no hubo diferencias en el riesgo de eventos CV, mortalidad de todas las causas, muerte cardiaca súbita, infarto de miocardio fatal y no fatal, angina, insuficiencia cardiaca congestiva o ictus.

Comentario de los autores: estos resultados se alejan de los de metanálisis anteriores en 2 aspectos: 2 grandes ensayos clínicos abiertos fueron excluidos de este metanálisis, y una mayor proporción de los pacientes en estos estudios más rigurosos usaron agentes cardioprotectores tales como las estatinas. Los editorialistas apuntan a que no debe hacerse una clara recomendación de que los suplementos de omega-3 son beneficiosos pero sí podría serlo una dieta enriquecida en omega-3 procedentes del pescado o de las plantas.

Metaanálisis: el control glucémico intensivo no previene el daño renal necesariamente en diabéticos tipo 2.

Steven G. Coca, et al. Arch Intern Med. 2012;172(10):761-769. doi:10.1001/archinternmed.2011.2230

Los pacientes con diabetes tipo 2º necesariamente escapan a las complicaciones renales por seguir un control glucémico intensivo, según un reciente metaanálisis publicado en el Archives of Internal Medicine. Los investigadores examinaron resultados renales finales, tanto subrogados (albuminuria) como clínicos (aumento de niveles de creatinina, enfermedad renal en estadio final y muerte de causa renal), en cerca de 28000 pacientes aleatorizados a control glucémico estándar o intensivo. Encontraron que aunque la albuminuria fue menor en el grupo de control intensivo, la tasa de resultados clínicos renales fue aproximadamente el mismo en los dos grupos.

En la editorial acompañante argumentan que los estudios incluidos en el análisis fueron demasiado breves en cuanto a la duración como para proporcionar resultados definitivos. Además en el grupo de control intensivo se utilizaron múltiples fármacos que per sé pueden conllevar daños potenciales, incluidos mayores riesgos cardiovasculares, y que hay 50 muertes CV por cada muerte de causa renal en pacientes con diabetes tipo 2.

El diámetro de la aorta se asocia con riesgos para la mortalidad y las hospitalizaciones.

Paul S. Mueller, MD, MPH, FACP (Eur J Vasc Surg Endovasc 2000; 20:369).

Durante los 7 años de seguimiento, se encuentra un exceso de morbilidad en los hombres con un diámetro aórtico de 25 a 29 mm.

El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido recomienda la detección del aneurisma aórtico abdominal (AAA) en todos los hombres a los 65 años. Los pacientes con AAA (diámetro de la aorta, ≥ 30 mm) son más propensos a morir de otras enfermedades vasculares que son los pacientes sin AAA. Para determinar si los diámetros aórticos justo debajo de este umbral AAA (es decir, ampliada o "ectasia") también están asociados con la morbilidad o la mortalidad prematura por cualquier causa. Los investigadores del Reino Unido llevaron a cabo un estudio de cohorte prospectivo que involucró a 8.000 hombres de más edad (rango de edad, 65-74) que fueron seleccionados para la AAA.

En general, el 5% de los hombres tenían un diámetro aórtico ≥ 30 mm (AAA), el 8% tenía un diámetro aórtico de 25 a 29 mm, y 87% tenían diámetros aórticos ≤ 24 mm. Después de una mediana de seguimiento de 7,4 años, el 18% de los hombres en el grupo de ≥ 30 mm, 10% en el grupo de 25 a 29 mm, y un 7% en el ≤ 24 mm grupo habían muerto. Ajustado por múltiples factores de confusión, la mortalidad fue significativamente mayor en el grupo ≥ 30 mm (pero no en el grupo de 25 a 29 mm) que en el grupo ≤ 24 mm. El riesgo de primera hospitalización por diversas enfermedades específicas (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares [CV] y enfermedad pulmonar obstructiva crónica) fue significativamente mayor en los hombres con la AAA y en hombres con 25 a 29 mm en sus aortas, que en los hombres con un diámetro aórtico normal.

Comentario: En este estudio, el diámetro de la aorta se asocia con riesgos para la mortalidad prematura por cualquier causa y la primera hospitalización por enfermedades específicas. Estos resultados sugieren que los factores de riesgo CV deben ser controlados en los hombres con agrandamiento de las aortas, pero no aneurismática (diámetro 25-29 mm). Cabe destacar que, el 30% de los hombres desarrollan este tipo AAA, reevaluar a estos hombres a intervalos de 5 años (o antes, de que se conviertan en una aorta aneurismática)

Declaración de Voluntades Anticipadas (DVA) entre pacientes con insuficiencia cardiaca.

Harlan M. Krumholz, MD, SM. Journal Watch Cardiology 30 de mayo 2012

En un estudio basado en población adulta, menos de la mitad de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) tenían hecha una DVA, y en menos de la mitad de las DVA, especificaban cuáles eran las intervenciones a evitar.

La IC confiere un alto riesgo de mortalidad, y a los pacientes con IC beneficia el uso de documentos de voluntades anticipadas - que expresan sus preferencias para la atención al final de su vida - es una buena práctica. Lo ideal sería que las preferencias deben ser documentados antes de la final de la vida, cuando esta es inminente.

Para examinar la prevalencia y los predictores de las instrucciones previas en los pacientes con IC, residentes en el condado de Olmsted, Minnesota, investigadores reclutaron a 608 de 827 pacientes consecutivos con diagnóstico previo de incidente o IC, que fueron vistos en un hospital o clínica. Sólo el 41% tienen DVA, el 90% de los cuales nombró a un sustituto que toma decisiones. Una minoría de las instrucciones anticipadas expresadas acerca de las preferencias de la reanimación (41%), la ventilación mecánica (39%), o la diálisis (10%). La edad avanzada, enfermedad maligna, y la disfunción renal fueron predictores de tener hecha la DVA. La presencia de una DVA no se asoció con la mortalidad. En comparación con los pacientes sin una DVA, un menor número de pacientes con una DVA, tenía ventilación mecánica en el último mes antes de la muerte.

Comentario: En este informe, el uso de las DVA de los pacientes con insuficiencia cardíaca, era más bien un logro en uno de los sistemas sanitarios más avanzados en el país. Trabajamos muy duro para ayudar a nuestros pacientes a recuperarse de eventos clínicos, pero tenemos que poner el mismo énfasis en asegurar que la atención que reciben es la atención que prefieren. Este estudio revela una importante área de mejora de la calidad en el futuro.

Incidencia de la hipertensión en pacientes con apnea obstructiva del sueño.

Thomas L. Schwenk, MD. 31 de mayo 2012

Los estudios transversales muestran una relación entre la apnea obstructiva del sueño (SAOS) y la hipertensión, pero los estudios prospectivos de hipertensión incidente han arrojado resultados contradictorios. Los pacientes con SAOS que reciben presión respiratoria positiva continua (CPAP), experimentan reducciones a corto plazo en la presión arterial, pero a largo plazo, la CPAP puede provocar efectos desconocidos, al igual que beneficios cardiovasculares para pacientes con SAOS leve. En dos estudios españoles, los investigadores exploraron estos temas.

En un estudio (mediana de seguimiento, 12 años), los investigadores reclutaron a 1889 pacientes (edad media, de 50 años, con una media índice de masa corporal [IMC], 30 kg/m2) sin hipertensión que fueron referidos para polisomnografía. De 1579 con SAOS, 1117 (71%) fueron elegibles para CPAP. En análisis ajustados para factores de riesgo CV, índice de masa corporal y otras variables, el riesgo para padecer hipertensión, en los pacientes con SAOS que se adhirieron a la terapia con CPAP fue de 29% menor que en los no-participantes con SAOS. Por el contrario, el riesgo de hipertensión fue mayor en los pacientes con SAOS que no eran candidatos para CPAP (33%), en los que se redujo con CPAP (96%), que en los participantes que no se adhirieron a la terapia CPAP (78%) en la no-SAOS.

En otro estudio de los mismos investigadores (mediana de seguimiento, 4 años), 725 pacientes (edad media, 52; media de IMC de 31 kg/m2) con SAOS, pero sin somnolencia durante el día, fueron aleatorizados a CPAP o ningún tratamiento. No se encontraron diferencias entre el CPAP y los grupos de control respecto a la incidencia de hipertensión o de eventos adversos cardiovasculares.

Comentario: La SAOS debería ser explorada como una posible comorbilidad o la causa de hipertensión de reciente comienzo, con un enfoque particular en aquellos que experimentan somnolencia durante el día. Los autores sugieren que se deben identificar los subgrupos que se beneficiarían más de CPAP para que podamos orientar los esfuerzos de adherencia, debido a que la falta de adherencia es un problema importante en las prácticas de atención primaria. También debemos recordar otros enfoques terapéuticos disponibles, incluyendo la pérdida de peso (JW Med Gen 14 de enero 2010) y los aparatos bucales (JW Med Gen 17 de enero 2012).

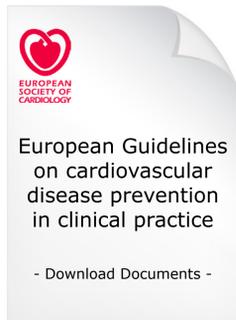


Zona de Descarga
Descarguese documentos relacionados con el 22º Congreso SAHTA.....

Descargar Avance de Programa

Inscripción al Congreso

Normativa de Envío de Comunicaciones



Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos +

La SAHTA en las Redes Sociales

Facebook icon | Twitter icon