

Dos estudios proporcionan poco apoyo a las recomendaciones sobre el consumo de grasas en la dieta.

Annals of Internal Medicine 2014 y JAMA 2014

Dos nuevos estudios demuestran los fundamentos de poco peso sobre las directrices que fomentan el consumo de ácidos grasos omega-3.

El primero, un meta-análisis en la revista Annals of Internal Medicine, analizó el consumo dietético de ácidos grasos, los biomarcadores de ácidos grasos y los suplementos de ácidos grasos. Entre los principales hallazgos:

- Los ácidos Omega-3 y omega-6: Hubo tendencias para modestos beneficios asociados con la ingesta de la dieta o los suplementos, pero no alcanzó significación estadística.
- Los ácidos grasos saturados: No hubo ningún efecto discernible de grasa total saturada medida por una ingesta dietética o biomarcadores circulantes.
- Los ácidos grasos monoinsaturados: No se encontró el efecto.
- Las grasas trans en la dieta: se confirmó un efecto perjudicial.

En el segundo estudio, publicado en la revista JAMA, 4200 pacientes con degeneración macular relacionada con la edad fueron asignados al azar a los ácidos grasos omega-3; luteína / zeaxantina (carotenoides que se encuentran en el ojo); ambos, o placebo. Después de aproximadamente 5 años, no hubo una reducción significativa en los resultados cardiovasculares en los grupos de tratamiento.

Los editorialistas dicen que está claro ahora que los suplementos de omega-3 "con dosis diarias de 1 g en pacientes con o sin ECV establecida no muestran claro beneficio considerable. "Llegan a la conclusión de que, por ahora, los omega-3 deben ser prescritos sólo para pacientes con hipertrigliceridemia grave, "una minoría extrema de la población general".

Nuevas directrices de la ACC/AHA: unos 12,8 millones más de adultos elegibles para tomar estatinas.

NEJM 2014

Cerca de 13 millones más de personas que ahora son elegibles para el tratamiento con estatinas en virtud de las nuevas directrices de 2013 de la American College of Cardiology y la American Heart Association, según se ha publicado recientemente en el New England Journal of Medicine.

Extrapolando los datos de una muestra representativa de la población de los EE.UU., los investigadores calcularon el número de adultos de 40 a 75 años que serían elegibles para el tratamiento con estatinas en el antiguo sistema de cálculo del riesgo CV y la nueva guía. Entre los hallazgos más destacables están:

- Bajo la antigua pauta, 43.2 millones de adultos (37,5% de la población) fueron elegibles para las estatinas.
- Bajo la nueva guía, aumenta a 56 millones (48,6 %).
- El aumento neto de 12,8 millones de dólares proviene principalmente de la prevención primaria, y sobre todo en los adultos de 60 a 75 años de edad.
- El aumento del número de usuarios de estatinas se traduciría en 475.000 menos eventos cardiovasculares mayores de 10 años, estiman los autores.

Harlan Krumholz, cardiólogo del NEJM Journal Watch, comenta: "La recomendación de la guía pretende ser sólo eso - una recomendación acerca de un umbral que podría tener sentido para su uso a la hora de tomar una decisión de tratamiento. Las directrices dejan claro que la preferencia del paciente es lo que importa más. Así que es realmente imposible saber si más gente va a tomar más estatinas".

Inhibidores de la ECA se relacionan con mejorar Currículums resultados que los ARA II en pacientes con diabetes

JAMA 2014

Los inhibidores de la ECA se asocian con una menor mortalidad y los eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes, mientras que los ARA II tienen poco efecto, según un meta-análisis publicado recientemente en JAMA.

Los investigadores evaluaron los resultados de 35 estudios aleatorizados y controlados que comprenden unos 56.000 pacientes. Los participantes habían sido asignados al azar ya sea al grupo activo (inhibidores de la ECA o los ARA II) o un grupo comparador (placebo, ningún tratamiento, u otros medicamentos antihipertensivos).

El uso de inhibidores de la ECA se asoció con una reducción del 13% al 17% en el riesgo de mortalidad por cualquier causa, la mortalidad cardiovascular y eventos cardiovasculares mayores. Los usuarios de ARA-II no vieron un beneficio similar. Sin embargo, los ARA II se asociaron con una reducción del riesgo del 30% en el desarrollo de insuficiencia cardíaca.

Los autores concluyen que los inhibidores de la ECA "deben considerarse como tratamiento de primera línea para limitar el exceso de mortalidad y morbilidad en esta población".

