



Volumen 13, Número 5, Junio 2005

Informes SIIC

EFFECTOS POSPRANDIALES BENEFICIOSOS LUEGO DEL CONSUMO DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE ALCOHOL

Estudio en 20 mujeres sanas posmenopáusicas

Sydney, Australia :

El consumo de cantidades pequeñas de alcohol durante las comidas parece lograr efectos metabólicos beneficiosos, así como la reducción de algunos factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo, esta acción parece depender de la cantidad de carbohidratos en la comida ingerida y de la sensibilidad a la insulina.

Fuente científica:

[*Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90(2):661-672, Feb 2005] – aSNC

Autores

Greenfield J, Samaras K, Hayward C y colaboradores

La ingesta de una pequeña cantidad de alcohol parece reforzar el incremento posprandial de insulina y atenuar el aumento de la glucosa luego de una comida baja en carbohidratos, particularmente en las mujeres insulinosensibles. Sin embargo, parece determinar el aumento de los niveles posprandiales de triglicéridos, independientemente de la cantidad de carbohidratos de la comida.

El consumo moderado de alcohol es considerado protector contra la diabetes de tipo 2 y contra la enfermedad cardiovascular. Al ser consumido frecuentemente con las comidas, y como los humanos pasan la mayoría de su tiempo en un estado posprandial, el alcohol puede influir en el riesgo cardiovascular a través de efectos favorables en factores metabólicos posprandiales. Un estudio concluyó que el consumo de por lo menos 14 gramos de alcohol por día producía una trigliceridemia posprandial 27% menor que la registrada en quienes consumían una cantidad menor. El alcohol también podría reducir el riesgo cardiovascular en los bebedores moderados a través de sus efectos en los procesos antiinflamatorios, ya que reduce los niveles séricos de marcadores inflamatorios. Sin embargo, no ha sido estudiado el efecto agudo sobre ninguno de los dos factores mencionados. Por su parte, el efecto del consumo moderado de alcohol puede reducir el riesgo cardiovascular a través de la reducción de la rigidez arterial y de la incidencia de obesidad. El objetivo del presente estudio, realizado en un grupo de mujeres posmenopáusicas, fue examinar el efecto de la ingesta de una pequeña cantidad de alcohol en los niveles de glucosa, insulina, lípidos, proteína C reactiva (PCR) y adiponectina, en la rigidez arterial y en el gasto energético y oxidación del sustrato. Además, se buscó determinar si el efecto agudo del alcohol en los factores metabólicos era afectado por el agregado de carbohidratos a una comida rica en grasas y si las respuestas posprandiales eran diferentes entre los individuos insulinosensibles e insulinoresistentes.

Participaron 20 mujeres sanas posmenopáusicas. En ellas se examinaron los factores arriba mencionados, antes y después de la ingesta de comidas ricas en grasa, con bajo y con alto contenido de carbohidratos, con ingesta de 15 g de alcohol y sin él.

Se observó que el alcohol aumentó el incremento posprandial de insulina y redujo el aumento posprandial de la glucosa sólo luego de una comida con bajo contenido de carbohidratos, especialmente en las mujeres insulinosensibles. Por su parte, los niveles de triglicéridos aumentaron con el alcohol tanto después de una comida pobre en carbohidratos como luego de una con alto contenido de éstos, particularmente en las participantes insulinoresistentes. No se afectaron el colesterol total y de alta densidad, los ácidos grasos ni las adiponectinas totales. Los niveles de PCR disminuyeron luego de las comidas, aunque esta reducción fue reforzada en las

comidas ricas en carbohidratos y atenuada con las comidas con contenido bajo de carbohidratos. Por otro lado, el consumo de alcohol aumentó las reducciones posprandiales en el índice de aumento (medidor de la rigidez arterial) sólo después de una comida baja en carbohidratos, y reforzó el aumento en el gasto energético de 30 a 60 minutos después de las comidas ricas y pobres en hidratos de carbono, aunque suprimió la oxidación de grasas y carbohidratos. Los autores concluyen que el consumo de pequeñas cantidades de alcohol tiene efectos en el metabolismo posprandial y en algunos factores de riesgo cardiovascular en las mujeres posmenopáusicas. Destacan la importancia del hallazgo respecto a los diferentes efectos metabólicos según la sensibilidad a la insulina y el contenido de carbohidratos en las comidas.

IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO INTENSIVOS EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSION

Estudio aleatorizado en pacientes con enfermedad coronaria

Vila Nova de Gaia, Portugal :

La utilización de programas estructurados de seguimiento intensivo en pacientes que han sufrido un evento coronario determina un control más estricto de la presión arterial.

Fuente científica:

[*Revista Portuguesa de Cardiología* 24(2):223-227, Feb 2005] – aSNC

Autores

Mateus P, Bettencourt N, Barros E y colaboradores

La hipertensión (HTA) es un importante factor de riesgo de eventos cardiovasculares; varios estudios han mostrado que el tratamiento de la hipertensión reduce la morbilidad y mortalidad asociadas con la elevada presión arterial (PA). Sin embargo, el control de la PA es inadecuado en la mayoría de las poblaciones. Los mejores resultados han sido reportados en EE.UU., indicando que sólo 34% de los pacientes hipertensos estaban controlados en 2000-2001. Más aún, las metas de tratamiento de las recomendaciones recientes son muy estrictas, especialmente para pacientes diabéticos o con enfermedad renal. Los pacientes con elevado riesgo cardiovascular, como aquellos que han sufrido un síndrome coronario agudo también constituyen una importante población que requiere un tratamiento intensivo de la HTA.

Las sociedades científicas internacionales han realizado recomendaciones sobre modificaciones del estilo de vida y sobre tratamiento farmacológico de la HTA, pero se ha prestado poca atención a los métodos de seguimiento de los pacientes. Se recomienda realizar el seguimiento de forma mensual hasta que se logre el control de la PA, y, de ahí en más, una visita cada 3 a 6 meses. Sin embargo, estas recomendaciones se basan en estudios no controlados y existe falta de evidencia de que diferentes intervalos y métodos de seguimiento puedan influenciar el control de la PA.

El Departamento de Cardiología del Hospital de Nova de Gaia de Portugal realizó un programa estructurado de seguimiento intensivo (PESI) para el síndrome coronario agudo para mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular y lograr mejores resultados a largo plazo.

Para ello, los autores realizaron un estudio prospectivo, aleatorizado con 237 pacientes, los que fueron asignados al azar al PESI (n=129) o al Departamento de Cardiología General (DCG) (n=108). El PESI comprendía entrevistas a la semana luego del alta y al mes 1, 3, 6, 9 y 12. A los 3 y 12 meses debía realizarse ecocardiograma, análisis de sangre y prueba de ejercicio. En el grupo DCG, el seguimiento dependía del criterio del cardiólogo.

Ambos grupos eran predominantemente de sexo masculino. En la evaluación a los 9 y 18 meses no hubo diferencia estadísticamente significativa en la proporción de pacientes con PA debajo de los valores esperados (57.5% en el PESI y 48.5% en el DCG, p=NS). Sin embargo, en pacientes hipertensos, la proporción de pacientes controlados fue significativamente superior en el PESI que en el DCG (44.8% vs 24.2%) y la PA sistólica y media resultaron significativamente inferiores en el PESI (139 vs 148 mmHg y 98.7 vs 103.9 mmHg, respectivamente).

Los autores concluyen que el PESI ha demostrado ser efectivo para reducir la PA en pacientes hipertensos con enfermedad coronaria, con una mayor proporción de pacientes con PA controlada.

DIFERENCIAS DE GENERO EN LA MORTALIDAD CORONARIA ENTRE DOS GRUPOS ETNICOS

Estudio en más de 39 000 individuos de razas blanca y negra

Boston, EE.UU :

A edades jóvenes, los hombres de raza blanca parecen presentar un riesgo de mortalidad por causa coronaria 6 veces superior que las mujeres de su misma raza, mientras que, entre los individuos de raza negra, el riesgo de los hombres es sólo 2 veces superior al de las mujeres. Sin embargo, a edades avanzadas, ambos grupos étnicos parecen mostrar riesgos coronarios similares en ambos sexos.

Fuente científica:

[*Journal of Women's Health* 14(2):117-127, Mar 2005] – aSNC

Autores

Ho J, Paultre F y Mosca L

La diferencia entre los sexos con relación a la mortalidad por enfermedad coronaria parece ser más pronunciada entre los individuos de raza blanca que entre los afroamericanos cuando el análisis se realiza en edades no avanzadas; a la edad de 95 años, esta diferencia étnica parece desaparecer. Las tasas de mortalidad por enfermedad coronaria son sustancialmente mayores entre la población masculina con respecto a la femenina, y ha sido establecido que esta diferencia de género es más pronunciada en edades más jóvenes, de manera que decrece con el avance de la edad. Los estudios realizados en EE.UU.

sobre diferencias de género en la mortalidad por enfermedad coronaria se han limitado a analizar individuos caucásicos; varios estudios han examinado las diferencias con respecto a la mortalidad de causa coronaria entre individuos de raza blanca y afroamericanos, pero ninguno se dirigió a analizar la diferencia de género entre ambos grupos étnicos. El propósito de este estudio fue examinar la relación entre la edad y las diferencias de género en la mortalidad por enfermedad coronaria y comparar la dependencia de la edad en la diferencia de géneros entre afroamericanos y blancos. Además, se buscó determinar si el ajuste de los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales atenuaban las diferencias de género en la mortalidad de causa coronaria.

Se llevó a cabo un estudio prospectivo que combinó los datos de nueve estudios epidemiológicos realizados en EE.UU., cuyos participantes eran de edad igual o superior a 30 años y no presentaban enfermedad cardiovascular en su examinación inicial. El promedio de seguimiento fue de 13.7 años.

El estudio incluyó 39 614 personas, de las cuales el 18% eran afroamericanos y el 37% eran de sexo masculino. Durante los 542 605 años-persona del seguimiento, se observaron 2 812 muertes de causa coronaria, de las cuales el 18% ocurrieron en individuos afroamericanos y el 46%, en hombres. A la edad de 45 años, los hombres de raza blanca presentaban un riesgo de enfermedad coronaria fatal 6 veces superior a las mujeres de su misma raza, mientras que los hombres afroamericanos presentaban un riesgo 2 veces mayor a las mujeres. Por su parte, a los 95 años, los hombres y mujeres se encontraban en igual riesgo tanto en el grupo de raza blanca como en el de raza negra. Luego del ajuste según la presencia de factores de riesgo cardiovasculares, los hombres de raza blanca de edades jóvenes disminuyeron la diferencia del riesgo coronario con respecto a las mujeres desde 6 hasta 4.8, mientras que los afroamericanos la redujeron desde 2.2 hasta 1.9. A pesar de esto, la disminución en la diferencia entre géneros con la edad continuó siendo mucho más pronunciada en los individuos de raza blanca que en los de raza negra. La diferencia en la dependencia por edad de la diferencia entre géneros entre ambas razas fue significativa.

Los autores concluyen que, en EE.UU., la diferencia entre los sexos en la mortalidad por enfermedad coronaria es más pronunciada entre los individuos de raza blanca que entre los de raza negra en los grupos etarios jóvenes. Esta diferencia de género parece disminuir con el avance de la edad de manera más pronunciada entre los blancos, de manera que, a edades avanzadas, ambos grupos étnicos presentan similares tasas de mortalidad en ambos sexos. Estos hallazgos sugieren que no sólo los estrógenos parecen determinar las diferencias de género en el riesgo coronario; futuras investigaciones deberán considerar otros factores que puedan contribuir a estas diferencias, de género y étnicas, como los sociales y los ambientales.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE CONTINUAN FUMANDO LUEGO DE UN INFARTO

Estudio en 1 011 pacientes entre 2000 y 2003

Piraeus, Grecia :

Los fumadores que no abandonan el hábito luego de sufrir un infarto de miocardio constituyen un grupo de alto riesgo ya que suelen tener una actitud general negativa hacia la salud.

Fuente científica:

[*International Journal of Cardiology* 100(2):241-245, Abr 2005] – aSNC

Autores

Rallidis L, Hamodraka E, Foudilis V y colaboradores

El tabaquismo promueve la aterosclerosis y se relaciona con un elevado riesgo de muerte súbita, infarto de miocardio (IM), enfermedad vascular periférica e ictus. El abandono del tabaco se asocia con una disminución de eventos coronarios. Los pacientes con un IM previo que dejan de fumar, reducen un 50% el riesgo de recurrencia. Además, el abandono del cigarrillo reduce el riesgo de muerte súbita cardíaca en pacientes con enfermedad coronaria (EC).

Los beneficios del abandono del cigarrillo en términos de reducción del riesgo cardiovascular ocurren rápidamente, mientras que la reducción del riesgo de cáncer se presenta más lentamente. El abandono del tabaquismo se considera la acción más significativa en el manejo de pacientes con EC y se encuentra dentro de las intervenciones más rentables dentro de la prevención primaria y secundaria de EC.

A pesar de los efectos deletéreos del cigarrillo, un número considerable de pacientes continúan fumando luego de sufrir un evento coronario. El efecto perjudicial del cigarrillo sobre el sistema cardiovascular aumenta por la presencia de otros factores de riesgo. Por lo tanto, los individuos que continúan fumando luego de un evento coronario constituyen un subgrupo de riesgo, con un incremento del riesgo en caso de coexistencia de factores de riesgo adicionales.

Por ello, los autores realizaron un estudio para investigar el perfil de riesgo, la adherencia a l tratamiento y la actividad física en sobrevivientes de IM que continuaron fumando en comparación con aquellos que abandonaron el hábito.

Un total de 1 011 pacientes menores de 75 años con antecedente de IM (>6 meses) fueron reclutados entre 2000 y 2003. Todos fueron interrogados y se les realizaron análisis de sangre para determinación de lípidos y de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en los pacientes diabéticos. Como resultado, 329 pacientes (32.5%) reportaron que fumaban, mientras que 338 (33.5%) eran ex fumadores, de los cuales 278 (45.8% de todos los fumadores) habían abandonado el cigarrillo luego del IM y 344 (34%) nunca habían fumado. Los fumadores persistentes presentaban menor nivel de colesterol HDL que los no fumadores. Los fumadores persistentes diabéticos presentaban un peor control glucémico que los pacientes diabéticos no fumadores, (HbA1c: 8 vs 7.2). Menor número de fumadores persistentes estaban tomando drogas hipolipemiantes que los no fumadores (31% vs 40%).

Finalmente, los fumadores persistentes realizaban actividad física menos frecuentemente que los no fumadores (42% vs 51%).

En este estudio, 60% de los pacientes fumaban al momento de la internación, lo que se redujo a 32.5%, 6 meses después. Esto destaca una alta proporción de fumadores persistentes.

Los autores concluyen que los pacientes que continúan fumando luego de un IM presentan una actitud más negativa hacia los aspectos de la salud, presentan menor adherencia a la medicación y constituyen un subgrupo de alto riesgo.

SUPERIORIDAD DEL COLESTEROL NO HDL PARA PREDECIR INFARTO DE MIOCARDIO

Estudio de casos y controles con 200 pacientes jóvenes

Atenas, Grecia :

Considerando todos los factores de riesgo lipídicos y no lipídicos, el colesterol no HDL es el mejor predictor de riesgo de infarto de miocardio en individuos menores de 36 años.

Fuente científica:

[*Atherosclerosis* 179(2):305-309, Abr 2005] – aSVC

Autores

Rallidis L, Sinos L, Pitsavos C y colaboradores

Los individuos jóvenes representan una pequeña proporción de pacientes que sufren infarto de miocardio (IM). El perfil de riesgo de los sobrevivientes jóvenes difiere del de los pacientes de mayor edad con enfermedad coronaria (EC). Los individuos con inicio temprano de EC se caracterizan por mayor proporción de hipertensión, diabetes mellitus y de trastornos lipídicos. El colesterol no HDL se ha propuesto como un buen indicador del potencial aterogénico en pacientes con triglicéridos elevados.

Varios estudios han mostrado que el colesterol no HDL es un predictor importante e independiente de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Los autores realizaron un estudio de casos y controles para investigar si el colesterol no HDL puede discriminar pacientes jóvenes con EC prematura de controles comparables respecto del sexo y la edad. Para ello, compararon 100 pacientes menores de 36 años que habían sobrevivido a su primer IM con 100 controles sanos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular. Se evaluaron los factores de riesgo cardiovascular y se midieron los lípidos y las apolipoproteínas.

Como resultado, los pacientes con IM prematuro presentaron niveles mayores de colesterol total, colesterol LDL (LDLc), triglicéridos, apolipoproteína B, lipoproteín(a) y colesterol no HDL y menores niveles de colesterol HDL (HDLc) y apolipoproteína A.

Por cada 10 mg/dl de incremento en el nivel de colesterol no HDL, aumentaba el riesgo de sufrir un IM en 34%. Los participantes en el tercilo más alto de niveles de colesterol no HDL presentaban 28 veces mayor probabilidad de tener un IM en comparación con aquellos en el tercilo más bajo. El colesterol no HDL resultó el mejor indicador de IM entre todos los factores de riesgo estudiados, mientras que el tabaquismo lo fue entre los factores de riesgo no lipídicos.

Debido al potencial aterogénico de algunas lipoproteínas ricas en triglicéridos, el ATP III incluyó el colesterol no HDL como objetivo secundario de tratamiento en pacientes con triglicéridos elevados, luego de haber alcanzado las metas de LDLc. El colesterol no HDL constituye una estimación de todas las partículas lipídicas aterogénicas ya que comprende no sólo el LDLc sino también el colesterol asociado a lipoproteínas de densidad intermedia y muy baja.

Además el colesterol no HDL presenta ventajas prácticas para la atención diaria. Puede ser calculado fuera del ayuno mediante la sustracción del HDLc del colesterol total y en caso de hipertrigliceridemia cuando la estimación del LDLc con la fórmula de Friedewald es menos precisa y considerada inaplicable con triglicéridos mayores de 400 mg/dl. Dicha fórmula es menos precisa en pacientes diabéticos.

Los autores concluyen que el colesterol no HDL constituye el mejor indicador para predecir la presencia de IM en personas menores de 36 años, por lo que sugieren su medición en el contexto de IM prematuro como un indicador del riesgo.

EFECTOS DE LOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II

Análisis de su mecanismo de acción, propiedades y efectos adversos

Nueva York, EE.UU : Los antagonistas de los receptores de angiotensina II parecen ser tan efectivos en el control de la hipertensión arterial no complicada como los bloqueantes beta o los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; con respecto a estos últimos, la incidencia de angioedema y tos de los antagonistas de los receptores parece ser sustancialmente menor.

Fuente científica:

[*Progress in Cardiovascular Diseases* 47(2): 105-115, Sep 2004] – aSNC

Autores: Appel G y Appel A

Los bloqueantes de los receptores de angiotensina II (BRA) son agentes farmacológicos reductores de la tensión arterial (TA), que se usan, la mayoría de las veces, en combinación con un diurético tiazídico. Su papel en la insuficiencia cardíaca aún se encuentra en estudio.

Los BRA poseen propiedades específicas que los hacen efectivos en el tratamiento de la hipertensión arterial y útiles en trastornos cardíacos como la insuficiencia cardíaca. Se han desarrollado múltiples tipos de BRA con diferentes propiedades farmacológicas; sin embargo, debido a su mecanismo de acción de base, todos comparten algunas propiedades y potenciales efectos adversos. La renina es producida en el aparato yuxtaglomerular de cada glomérulo renal; convierte al angiotensinógeno en angiotensina I, inactiva, la cual, a su vez, es convertida en angiotensina II por la enzima convertidora de angiotensina (ECA), entre otras enzimas. La angiotensina II, cuando llega hasta sus receptores específicos, produce una serie de efectos que incluyen la elevación de la TA por la contracción del músculo liso vascular, la regulación de la reabsorción tubular proximal de sodio y de agua, y la reabsorción a nivel del túbulo distal a través del incremento de aldosterona. Existen dos tipos de receptores de angiotensina II: los receptores AT1 y los AT2. La distribución de los primeros es amplia, mientras que los segundos se encuentran sólo en pequeña cantidad en los tejidos adultos (son abundantes en los tejidos fetales). Los BRA se unen sólo a los receptores AT1. En numerosos ensayos clínicos se ha demostrado que estos agentes son tan efectivos en el control de la hipertensión no complicada como los otros agentes antihipertensivos. No afectan la frecuencia cardíaca, no causan un efecto rebote en la hipertensión cuando se discontinúa su uso y sus efectos metabólicos son leves. A diferencia de los inhibidores de la ECA, no se asocian con una mayor incidencia de tos con respecto al placebo; con relación a la incidencia de angioedema, si bien es menor que con los inhibidores de la ECA, aún no está clara su diferencia con respecto al placebo. Existen varios estudios comparativos entre los diferentes tipos de BRA con respecto a su acción reductora de la TA que sugieren un efecto superior con el agente candesartán con respecto al losartán. En los pacientes con incrementos significativos de la TA, los diuréticos tiazídicos son frecuentemente agregados al esquema antihipertensivo. Tres razones motivan esto; en primer lugar, potencian el efecto antihipertensivo de los BRA; en segundo lugar, su costo es ínfimo; y, por último, uno de los efectos adversos de los BRA, la hiperkalemia, es contrarrestado por la acción del diurético. En un ensayo aleatorizado realizado en 9 000 pacientes, tratados con losartán o atenolol, se observó que en el grupo tratado con el primero se registró una mayor prevención de infarto de miocardio y de accidente cerebrovascular, y una mayor regresión de la hipertrofia del ventrículo izquierdo. En otro ensayo en 100 pacientes diabéticos con microalbuminuria, éstos fueron tratados con losartán o con enalapril; se observó que tanto la hipertensión como la microalbuminuria disminuyeron de manera similar en ambos grupos.

Los autores concluyen que todas las clases de BRA son efectivas en la reducción de la TA. Algunas parecen ser más eficaces que otras como agentes monoterápicos, pero la mayoría de los pacientes con hipertensión requieren de múltiples medicaciones para el control de su TA. En la mayoría de los casos, el régimen incluye un diurético tiazídico, que contrarresta el efecto hiperkalemico de los BRA. El perfil de efectos adversos representa una importante diferencia entre los BRA y los inhibidores de la ECA.