



Volumen 4, Número1, Diciembre 2004

Informes SIIC

● LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL Y LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Estudio basado en la población

Lund, Suecia :

La terapia de reemplazo hormonal y el estilo de vida de las mujeres tratadas esta asociado con una baja prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Fuente científica:

[*Climacteric* 7(3):274-283, Sep 2004] – aSNC

Autores

Shakir Y, Samsioe G, Nyberg P y colaboradores

La prevalencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular podría ser menor en las mujeres que realizan terapia de reemplazo hormonal (TRH). Esto podría estar asociado con un efecto beneficioso de la terapia así como también con mayor acceso a la información acerca del cuidado de la salud. Estudios observacionales han demostrado una disminución del riesgo de enfermedad coronaria en mujeres con TRH, aunque ensayos controlados y estudios prospectivos no han arrojado resultados concluyentes en relación con este efecto. Con el propósito de identificar factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en mujeres adultas, poniendo énfasis en la terapia hormonal, se llevó a cabo un estudio en el que participaron 6 917 mujeres que respondieron un cuestionario en sus domicilios y luego fueron interrogadas y evaluadas a través del examen físico y análisis de laboratorio. Las pacientes se dividieron en tres grupos de acuerdo con parámetros hormonales: premenopáusicas (MP), posmenopáusicas sin TRH (MPOS) y posmenopáusicas con TRH (MPOT). En todos los grupos se investigaron factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, nivel de educación, dieta y actividad física. El análisis mediante regresión logística múltiple fue necesario para identificar factores asociados con el uso de TRH. Entre el grupo MPOS y MPOT se observaron diferencias en relación con los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y el estilo de vida. La prevalencia del hábito de fumar fue mayor en MPOS, en la mayoría de este grupo el trabajo les demandaba mayor carga física y el índice de masa corporal fue superior. En cambio MPOT presentaban un mayor nivel de educación, trabajos de jornada completa y la convivencia en pareja era frecuente. A su vez la prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, trombosis venosa profunda, enfermedad coronaria y niveles elevados de LDL fue menor en las mujeres tratadas. Al comparar a los dos grupos con el grupo de MP se observó que la presencia de factores de riesgo para enfermedad coronaria eran similares entre MPOT y PM y eran mayores en las MPOS. El análisis multivariado demostró que los factores asociados con el uso de TRH eran la vida en pareja, un alto nivel de educación y el trabajo de jornada completa, mientras que el hábito de fumar y el trabajo pesado se asociaron en forma negativa con TRH. Según los autores, las diferencias observadas podrían deberse a que en las mujeres tratadas, los controles médicos son frecuentes y esto podría permitir un mayor acceso a la información relacionada con el cuidado de su salud. También el nivel de educación y las condiciones económicas podrían influir en este aspecto. Por lo tanto los autores sugieren que la prevalencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en las mujeres tratadas con TRH podría ser menor que en las no tratadas.

HABITOS DIETARIOS Y CAMBIOS EN LA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL

Estudio de la relación entre grupos de alimentos y los cambios en esta medida antropométrica

Copenhague, Dinamarca :

No parece existir asociación significativa entre un grupo de alimentos y cambios posteriores en la circunferencia abdominal. Sólo el pan y las papas parecen mostrar una débil relación. En las mujeres un consumo importante de cerveza y licores fuertes, podrían determinar una ganancia en la circunferencia abdominal.

Fuente científica:

[**British Journal of Nutrition** 92(4): 735-748, Oct 2004] – aSNC

Autores

Halkjaer J, Sorensen T, Tjonneland A y colaboradores

Muy pocos alimentos y ningún patrón alimentario parecen producir cambios en la circunferencia abdominal. Sin embargo, sí podrían aumentar esta medida la ingesta importante de cerveza y licores fuertes en las mujeres y el consumo en cantidades moderadas a grandes de té en los hombres. Varios estudios han demostrado que la obesidad abdominal, independientemente de la obesidad general, está asociada con un riesgo alto de aparición de diabetes no insulino-dependiente. Se han realizado algunos estudios prospectivos con el objeto de determinar la asociación entre este tipo de obesidad y la ingesta dietaria o alcohólica, pero los resultados observados han sido divergentes o inconsistentes. Un grupo de investigadores daneses plantearon como objetivo la investigación de la relación entre cambios en la circunferencia abdominal y la ingesta previa de diferentes alimentos y de bebidas incluyendo puntajes derivados de un factor de análisis de patrones alimentarios. El estudio, de diseño longitudinal, se realizó en 2 300 personas, hombres y mujeres, entre 1982 y 1993. En dicho período de tiempo, fueron tomadas las medidas antropométricas y analizados los hábitos dietarios de los participantes en tres ocasiones. El índice de masa corporal fue calculado en las tres oportunidades, mientras que la circunferencia abdominal fue medida en las últimas dos citas. La información sobre la dieta fue obtenida por medio de un cuestionario de 26 preguntas. Las preguntas estaban referidas a la frecuencia con la cual consumían diez diferentes grupos de alimentos. Además, otro cuestionario estaba dirigido a medir el consumo de alcohol, té y café. También fue analizada la actividad física, el tabaquismo, el nivel de educación recibida y la paridad. Los resultados mostraron que un alto consumo de papas protegía a los hombres contra el aumento de la circunferencia abdominal, mientras que una ingesta importante de pan refinado estaba asociada a un aumento en esta medida en las mujeres. Esta asociación con el pan persistió aún luego de ajustar los cambios concurrentes en el índice de masa corporal, pero no la relación con las papas. Para las mujeres, un consumo importante de cerveza y licores fuertes (ginebra, whisky, etc) se asoció con un aumento en la circunferencia abdominal. Esta asociación no se observó en los hombres. Una ingesta grande de café en las mujeres y de moderada a grande de té en los hombres fueron asociadas con una ganancia en la circunferencia abdominal. Sin embargo, esta asociación se vio debilitada luego de los ajustes por índice de masa corporal, especialmente en las mujeres. Los autores concluyen que existen pocas y débiles asociaciones entre la dieta, expresada por alimentos o puntajes, y los cambios subsecuentes en la circunferencia abdominal. La ingesta de cerveza y licores fuertes parece ser determinante de ganancia en esta medida antropométrica en las mujeres, aunque no en hombres. El consumo moderado a alto de café y té parecen también promover la ganancia en esta medida, pero parte de esta asociación podría ser explicada por cambios concurrentes en el índice de masa corporal. Estas asociaciones deben confirmarse con otros estudios prospectivos con información más detallada sobre los hábitos dietarios y alcohólicos.

RELACION ENTRE LA DIETA MEDITERRANEA Y LA LONGEVIDAD

Revisión de cuatro estudios acerca de la relación entre esta dieta y la longevidad

Atenas, Grecia :

Los ocho componentes característicos de la dieta mediterránea parecen determinar una menor mortalidad general. El alto consumo de grasas monoinsaturadas, frutas y verduras parece asociarse con una mayor sobrevida.

Fuente científica:

[**Public Health Nutrition** 7(7):943-947, Oct 2004] – aSNC

Autores

Trichopoulou A

La dieta mediterránea parece asociarse con la longevidad. El saludable patrón nutricional que se consume en los países de esta región parece estar relacionado con una mayor sobrevida según la evidencia biológica existente acerca de sus componentes principales. Los países que integran la región mediterránea varían en cultura, etnia, religión y desarrollo económico pero el patrón alimentario que prevalece en todos ellos es muy similar. Por esto, ha podido establecerse un tipo de dieta llamada mediterránea tradicional. Esta dieta se caracteriza por contar con ocho componentes característicos: alta relación entre lípidos monoinsaturados y saturados (principalmente aceite de oliva), consumo moderado de alcohol, alto consumo de legumbres, de cereales no refinados (incluyendo pan), de frutas y de verduras, bajo consumo de carne y sus derivados y consumo moderado de leche y productos lácteos. Varios estudios han propuesto que una gran proporción de estos elementos en la dieta produce un efecto saludable. Las evidencias para sus hipótesis fueron epidemiológicas y biológicas. Cuatro estudios recientes han aportado evidencia directa acerca de las propiedades beneficiosas de la dieta mediterránea en la salud. Estos estudios se realizaron en Grecia, Dinamarca, Australia y España, todos con resultados similares. Estos cuatro estudios mencionados concluyeron que una dieta que se adhiere a los principios de dieta mediterránea está asociada con una mayor sobrevida. En Grecia y España es particularmente elevado el consumo de aceite de oliva. En Grecia entre los vegetales consumidos se incluyen aquellos verdes salvajes, que incluyen gran cantidad de flavonoides. Estos flavonoides son considerados uno de los antioxidantes más importantes de la dieta humana. Existen bases biológicas sólidas que apoyan la teoría de los beneficios de la dieta mediterránea. Se ha establecido que el consumo moderado de bebidas alcohólicas protege contra las enfermedades cardiovasculares. El consumo de vino durante las comidas es característico de la dieta mediterránea. También se ha demostrado el incremento del colesterol HDL producido por las grasas monoinsaturadas particularmente del aceite de oliva y los efectos protectores contra el cáncer del consumo de frutas y verduras. Un envejecimiento óptimo no sólo incluye longevidad sino buena calidad de vida. A pesar de que la relación entre dieta y calidad de vida no ha sido objeto de numerosos estudios, existe evidencia que el aceite de oliva podría contribuir a la preservación de la función cognitiva y el desempeño físico en la tercera edad. La autora concluye que la adherencia a la dieta mediterránea contribuye a la buena salud de los habitantes de esa región. Sostiene que, aunque el relajado ambiente psicosocial de muchos de estos países y su tradición familiar podrían contribuir a la óptima salud de sus habitantes, algunos componentes de la dieta cuentan con evidencia biológica que apoya sus efectos beneficiosos.

LOS PACIENTES CON TERCER RUIDO CARDIACO TIENEN MAYOR RIESGO DE MUERTE

Revisión de la fisiopatología del tercer ruido

Omaha, EE.UU. :

La rápida desaceleración del flujo en la diástole temprana, tiene un papel importante en la génesis del tercer ruido.

Fuente científica:

[**I**nternational Journal of Cardiology 97(2): 183-186, Nov 2004] – aSNC

Autores

Mehta N y Khan I

La auscultación del tercer ruido (R3) cardíaco se ha realizado desde el siglo 19 y desde entonces se han propuesto tres teorías sobre su génesis: la teoría valvular, la teoría del impacto y la teoría ventricular. En la teoría valvular, el R3 se atribuyó a la oclusión parcial de la válvula mitral durante la diástole temprana. Esto no fue apoyado por la ecografía en modo M, donde el R3 ocurría mientras la válvula mitral se acercaba hacia la oclusión parcial (desaceleración de la onda E) desde su apertura total (pico de la onda E). La teoría del impacto atribuía la génesis del R3 al impacto del corazón contra la pared torácica. Sin embargo, investigaciones posteriores demostraron que esto no es así. La teoría ventricular, que es la más aceptada, sugiere que el R3 se origina en el ventrículo derecho o izquierdo o en sus paredes. Van de Werf y col. sugirieron que el R3 se asociaba con un llenado rápido temprano con desaceleración más veloz que la normal. El incremento del flujo de entrada -en la regurgitación valvular o estados de gasto aumentado- y la onda de llenado rápido temprano más empinada (onda E) debida a la alteración de las propiedades diastólicas del ventrículo izquierdo -en las velocidades de llenado altas, relajación incompleta, aumento de la resistencia al llenado o constricción pericárdica- generan una desaceleración más rápida de la normal de la onda E, que puede generar el R3. El eco-doppler es un excelente método para explorar la dinámica del llenado. Cuanto más rápida es la desaceleración del flujo transmitral temprano, es más probable que se presente el R3. El R3 fisiológico es un hallazgo benigno en chicos o adolescentes con una incidencia entre 19 y 93% y es audible en hasta el 80% de las mujeres embarazadas. Los predictores del R3 fisiológico son un bajo índice de masa corporal, frecuencias cardíacas más bajas, mayor pico de velocidad transmitral diastólica temprana y mayor aceleración de la velocidad diastólica temprana. Puede persistir más allá de los 40 años, especialmente en mujeres. Sin embargo, un R3 a edades mayores de 40 años en hombres, es probablemente patológico. El R3 patológico se origina en la disfunción ventricular, con una fracción de eyección reducida y con una función diastólica deteriorada. El R3 puede originarse en el corazón derecho en el cor pulmonale, en la regurgitación tricuspídea y en los trastornos primarios que causan disfunción ventricular derecha. El R3 derecho aumenta con la inspiración. Un R3 resultante de lleno diastólico temprano aumentado es común en estados hiperquinéticos y en las comunicaciones de izquierda a derecha. Entre las enfermedades valvulares, el R3 se suele auscultar en la regurgitación mitral. Además, los pacientes con R3 presentan aumento del riesgo de deterioro ventricular izquierdo y de muerte. Los autores concluyen que, dada la importancia clínica del R3, las nuevas técnicas de diagnóstico deben complementar más que sustituir la cuidadosa auscultación cardíaca.

EL CONSUMO MODERADO DE ALCOHOL DISMINUYE LA PROGRESION DE LA ATEROSCLEROSIS CORONARIA

Estudio realizado en mujeres de mediana edad con enfermedad coronaria

Estocolmo, Suecia :

Entre las mujeres de mediana edad con eventos coronarios recientes, el consumo moderado de alcohol, es decir más de 5g/d, parece disminuir la progresión de la aterosclerosis coronaria.

Fuente científica:

[*Atherosclerosis* 176(2):311-319, Oct 2004] – aSMC

Autores

Janszky I, Mukamal K, Orth-Gomer K y otros

A pesar de la evidencia que demuestra que los bebedores moderados de alcohol tienen menores índices de enfermedad coronaria que los abstemios, la relación entre el consumo moderado de alcohol y la aterosclerosis coronaria no ha sido bien establecida. Muchos estudios prospectivos han evaluado la relación entre el consumo de alcohol y la progresión de la aterosclerosis y se han basado en el grosor de la capa íntima-media de la carótida en lugar de hacerlo con arteriografía. Los autores realizaron una investigación con mujeres participantes del Estudio Angiográfico de Estocolmo que se trata de un estudio longitudinal con mujeres de mediana edad hospitalizadas por eventos coronarios recientes. Los autores utilizaron angiografía coronaria cuantitativa en forma seriada -diagnóstico para la aterosclerosis arterial coronaria en forma precisa y reproducible- para comparar la progresión de la aterosclerosis en un período de tres años entre mujeres abstemias, bebedoras leves y moderadas de alcohol. Las participantes fueron 103, con una edad media de 65 años o menor, internadas por infarto agudo de miocardio o angina inestable. Se les realizaron angiografías 3 a 6 meses luego del evento primario y se repitieron entre 2 y 5 años más tarde. El consumo de alcohol individual se evaluó mediante un cuestionario. Los autores estimaron el efecto del consumo de alcohol en la progresión de la aterosclerosis coronaria medida por el cambio medio del diámetro luminal, teniendo en cuenta la edad, el hábito tabáquico, el índice de masa corporal, la actividad física, educación, el antecedente de un evento cardíaco anterior, menopausia, diabetes y dislipemia. De las 93 mujeres que aportaron información completa sobre su consumo de alcohol, 55 consumían hasta 5g de alcohol por día -bebedoras leves-, 24 consumían más de 5g de alcohol por día - bebedoras moderadas- y 14 eran abstemias. Como resultado del estudio, la aterosclerosis coronaria progresó un promedio de 0.138 mm entre las abstemias, 0.137mm entre las bebedoras leves y -0.054mm entre las bebedoras moderadas (p

EL SOBREPESO AUMENTA LA INCIDENCIA DE LESIONES DE LA SUSTANCIA BLANCA

Estudio en mujeres ancianas

Wisconsin, EE.UU. :

El sobrepeso y la obesidad parecen contribuir con la aparición de lesiones de la sustancia blanca en mujeres ancianas, lo que implica mayor riesgo de deterioro cognitivo, demencia y trastornos de la marcha.

Fuente científica:

[*International Psychogeriatrics* 16(3):327-336, Sep 2004] – aSNC

Autores

Gustafson D, Steen B y Skoog I

La obesidad es un factor de riesgo independiente para las enfermedades vasculares. Esto representa un serio problema de salud pública en las sociedades occidentales donde el sobrepeso y la obesidad están aumentando en proporciones epidémicas. La prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor de 60% entre adultos de EE.UU. y mayor a 50% en Europa, con la mayor prevalencia en adultos de 50 años o más. Las lesiones de la sustancia blanca (LSB) halladas con el diagnóstico por imágenes también aumentan con la edad y están por lo tanto presentes en muchos individuos. Son áreas de desmielinización isquémica marcada o difusa y pérdida moderada de axones con astrogliosis e infarto incompleto en estructuras subcorticales de ambos hemisferios. Esta patología está acompañada por cambios ateroscleróticos con hialinosis y fibrosis, engrosamiento de paredes vasculares y estrechamiento de la luz de pequeñas arterias o arteriolas que penetran en la sustancia blanca. Con la tomografía computada (TC), las LSB se ven como áreas difusas de la sustancia blanca de baja densidad, en las regiones periventriculares y profundas de sustancia blanca del cerebro. Las consecuencias de estas lesiones son el deterioro cognitivo, trastornos motores y síndromes demenciales como la Enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular. Los factores vasculares, en especial la hipertensión, han sido implicados en la etiología y progresión de las LSB. Sin embargo, un factor de riesgo vascular importante que no ha sido evaluado en relación con las LSB es el sobrepeso u obesidad. Por ello, los autores realizaron un estudio donde investigaron si existía relación entre el índice de masa corporal (IMC) y las LSB identificadas por TC en mujeres entre 85 y 88 años. Se realizó un seguimiento de 27 mujeres suecas desde los 70 a los 88 años, con mediciones del IMC, presión sanguínea sistólica y diastólica a los 70, 75, 79, 85 y 88 años. Las LSB se midieron mediante TC a los 85 y 88 años. Como resultado del estudio, las mujeres que tenían alguna LSB a la edad de 85/88 años tenían un mayor IMC a los 70 y 75 años en comparación con mujeres sin LSB. El incremento de la severidad de las LSB se relacionó con el IMC. Luego de considerar otros factores vasculares, el IMC a las edades de 70, 75 y 79 años se relacionó de manera significativa con las LSB a la edad de 85/88. Cada 1.0 kg/m² de aumento del IMC a los 70 años hubo un incremento del riesgo de LSB de dos veces. Como conclusión, los autores señalan que el sobrepeso y la obesidad parecen contribuir de manera importante con la aparición de LSB en las ancianas, lo que implica mayor riesgo de deterioro cognitivo, demencia y trastornos de la marcha.