

Novedades distinguidas

Estudios recientemente publicados en prestigiosas revistas internacionales, redactados por los médicos que integran la agencia Sistema de Noticias Científicas (aSNC), brazo periodístico de SIIC. Cada trabajo de Novedades distinguidas ocupa alrededor de una columna.

15 - La Lercanidipina es un Excelente Antihipertensivo en Pacientes con Insuficiencia Renal

Robles NR


Renal Failure 27(1):73-80, 2005

El objetivo primario del estudio consistió en evaluar la seguridad de un nuevo bloqueante de los canales de calcio, lercanidipina, en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). Secundariamente se intentó analizar el efecto protector de dicho fármaco sobre la función renal en los enfermos con IRC previamente tratados con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o con bloqueantes de los receptores de angiotensina (BRA).

La investigación abarcó 203 pacientes con IRC (con niveles séricos de creatinina por encima de 1.4 mg/dl en hombres y mayor a 1.2 mg/dl en mujeres o depuración de creatinina inferior a los 70 ml/minuto). Todos los participantes recibían tratamiento con IECA (63.4%) o BRA (36.6%) pero en ningún caso se lograron las cifras de presión arterial recomendadas para enfermos con IRC (130/85 mm Hg). Ningún enfermo recibía diuréticos; la evaluación se realizó a los 30 días y a los 3 y 6 meses de comenzado el tratamiento con lercanidipina. Durante la investigación se tomaron muestras de sangre y de orina. En caso de necesidad se agregó un tercer fármaco, con excepción de diuréticos. La depuración de creatinina se determinó en orina de 24 horas.

Pudieron evaluarse 175 enfermos, con una edad promedio de 63.9 años. El 52.9% era de sexo masculino; el 47.1% era de sexo femenino. La presión arterial disminuyó sustancialmente de 162/93 mm Hg en promedio a 132/78 mm Hg. El 89.2% de los pacientes tuvo una reducción considerable de esta variable; el 58.1% logró el control óptimo de la presión arterial (cifras tensionales por debajo de 130/85 mm Hg). Siete enfermos (3.4%) presentaron efectos secundarios. No hubo ningún caso de edema; la prevalencia de efectos adversos relacionados con la vasodilatación fue muy baja ($n = 3$, 1.48%). La concentración de creatinina en plasma no se modificó pero la depuración de creatinina fue mayor al final del estudio (41.8 ml/min *versus* 45.8 ml/min, $p = 0.019$). El colesterol también se redujo de 221 mg/dl en promedio a 211 mg/dl ($p = 0.001$).

La lercanidipina se asocia con un efecto antihipertensivo importante en pacientes con IRC. Tiene un excelente perfil de seguridad y se acompaña de efectos favorables sobre la concentración de lípidos. La depuración de creatinina reveló mejoría de la funcionalidad renal.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat044/05718021.htm

16 - Intervenciones para Reducir la Inflamación Sistémica Crónica

Nicklas B, You T y Pahor M

Canadian Medical Association Journal 172(9):1199-1209, Abr 2005

La inflamación persistente de bajo grado, manifestada por niveles séricos elevados de mediadores inflamatorios como proteína C-reactiva (PCR), interleuquina 6 y factor de necrosis tumoral, constituye un importante factor de riesgo para varias enfermedades crónicas, incluidas enfermedad cardiovascular y diabetes.

Las intervenciones conductuales que producen una pequeña reducción de la inflamación pueden tener beneficios clínicamente significativos. Algunos fármacos, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y las estatinas, reducen la inflamación según lo evidenciado por concentraciones disminuidas de PCR en estudios clínicos prospectivos. Más aun, la reducción de la ingesta de calorías y el incremento de la actividad física podrían ser tan efectivos como la medicación para reducir la inflamación.


Los niveles circulantes de marcadores de la inflamación se hallan aumentados en las personas con obesidad abdominal y total, posiblemente debido a una mayor secreción de citoquinas por el tejido adiposo. La pérdida de peso por efectos de una dieta hipocalórica reduce los marcadores de inflamación y la producción de citoquinas por parte del tejido adiposo. La mayoría de los estudios sobre adelgazamiento a través de dieta mostraron una relación lineal entre la magnitud de la reducción de los marcadores de la inflamación y el grado de pérdida de peso. Parece existir una asociación inversa entre los marcadores de la inflamación sistémica y la aptitud física en los adultos. El entrenamiento físico regular puede reducir las concentraciones basales de marcadores de la inflamación. Varios estudios de cohortes de población amplios muestran una relación inversa entre la concentración de PCR y el nivel de actividad física en hombres y mujeres; esta relación parece no alterarse con la edad. La información acerca de los efectos de la pérdida de peso mediante liposucción sobre la inflamación sistémica es contradictoria y requiere mayor investigación.

El adelgazamiento obtenido mediante una dieta hipocalórica y entrenamiento físico resulta probablemente más efectivo que la pérdida de peso aislada para reducir la inflamación. Los efectos del ejercicio en ausencia de pérdida de peso son poco claros.

Se postula que uno de los mecanismos a través de los cuales la pérdida de peso reduce la inflamación es la disminución de la producción de citoquinas por parte del tejido adiposo.

En la actualidad los datos provenientes de estudios aleatorizados, controlados diseñados para evaluar en forma definitiva los efectos de la pérdida de peso o del ejercicio, o ambos, sobre la inflamación, son limitados.

Estudios futuros podrán definir la magnitud de la pérdida de peso requerida y el efecto del entrenamiento físico para obtener una disminución clínicamente significativa de la inflamación.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat043/05602001.htm

17 - Influencia de la Dieta Sobre la Trombosis y la Hemostasia

Allman-Farinelli M y Dawson B

Seminars in Thrombosis and Hemostasis 31(1):111-117, 2005

La dieta es uno de los factores ambientales que tiene influencia sobre la trombosis y la hemostasia. Los macronutrientes, micronutrientes y otros componentes bioactivos de los alimentos modifican la predisposición a la trombosis. El consumo excesivo de energía que determina el aumento de la grasa corporal se asocia con el síndrome de insulinoresistencia, una de cuyas características es la elevada concentración del inhibidor del activador del plasminógeno 1 (IAP-1). El deterioro de la fibrinólisis contribuye a la enfermedad aterotrombótica en los obesos con síndrome de

insulinorresistencia. El aumento del IAP-1 en una desviación estándar incrementa significativamente el riesgo de enfermedad cardiovascular. El tipo y cantidad de grasa dietaria altera la producción de tromboxano A2 y la agregación plaquetaria, el tiempo de sangría, el factor VII, el fibrinógeno, el activador tisular del plasminógeno (t-PA) y el IAP-1.

Tanto los estudios epidemiológicos como los clínicos indican que los ácidos grasos de cadena muy larga omega 3 reducen la tendencia a la trombosis y el riesgo de enfermedad cardíaca. Otras grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas parecen tener propiedades antitrombóticas, pero se requieren más estudios para aseverarlo.

Las dietas hipercalóricas y aquellas con elevada carga glucémica se asocian con elevaciones del IAP-1. Los alimentos con bajo índice glucémico determinan menor incremento de la glucemia e insulina. La relativa propiedad hipoinsulinémica de las dietas ricas en alimentos con bajo índice glucémico parece reducir el IAP-1. Esto podría explicar el hecho de que las dietas con menor carga glucémica parecen asociarse con menor riesgo de enfermedad coronaria. El consumo moderado de alcohol se asocia con disminución de la agregación plaquetaria. El mecanismo involucrado parece depender de la inhibición de la síntesis del tromboxano A2. Algunos estudios han sugerido que los efectos antiagregantes sólo ocurren con el consumo de vino tinto. La piel de las uvas negras contiene el flavonoide resveratrol que reduce la agregación plaquetaria.

Las vitaminas B₁₂-folato, B₁₂ y B₆ son cofactores en el metabolismo de la homocisteína. El bajo consumo de folato, vitamina B₁₂ y vitamina B₆ predispone a la hiperhomocisteinemia, que constituye un factor de riesgo de enfermedad vascular aterosclerótica y de tromboembolismo venoso. Se están investigando los beneficios de la suplementación para reducir la enfermedad vascular.

En un limitado número de estudios clínicos y de laboratorio, se observó una reducción de la agregación plaquetaria y de la concentración de IAP-1 debido a la vitamina E. Los flavonoides e isoflavonas parecen inhibir la agregación plaquetaria sólo a concentraciones farmacológicas. El estado nutricional suele declinar con el envejecimiento lo que puede exacerbar el ya aumentado riesgo de trombosis.

Los autores concluyen que la dieta representa un área interesante para la investigación sobre trombofilia, pero que se requiere trabajo adicional antes de realizar recomendaciones.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat043/05601002.htm

18 - Efecto de la Dieta Mediterránea Modificada Sobre la Supervivencia

Trichopoulou A

BMJ 330(7498):991-995, Abr 2005

La dieta mediterránea ha sido utilizada en muchos estudios debido a que se asocia con beneficios para la salud. Las variantes de dicha dieta han mejorado el pronóstico de pacientes con enfermedad coronaria. La dieta se caracteriza por elevado consumo de vegetales, legumbres, frutas y cereales (en el pasado, no refinados); un consumo moderado a alto de pescado; una baja ingesta de lípidos saturados pero alto consumo de no saturados, en particular, aceite de oliva; un consumo bajo a moderado de productos lácteos; una baja ingesta de carne y un consumo modesto de etanol, mayormente vino. Los autores realizaron un estudio multicéntrico, prospectivo, de cohorte para evaluar si la adhesión a una dieta mediterránea modificada –en la que los lípidos no saturados fueron sustituidos por monoinsaturados– se asocia con mayor expectativa de vida en sujetos europeos

de edad avanzada. El estudio incluyó 9 países de Europa: Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Holanda, España, Suecia y Reino Unido.

Los participantes fueron 74 607 hombres y mujeres con una edad de 60 años o más, sin enfermedad coronaria, ictus o cáncer al momento de la inclusión. Para determinar el grado de adhesión a la dieta se utilizó un sistema de puntuación con una escala de 10 puntos. Para que el puntaje pudiera ser aplicado a poblaciones no mediterráneas –en las que el consumo de lípidos monoinsaturados provenientes del aceite de oliva es mínimo– los autores sustituyeron los lípidos monoinsaturados con la suma de lípidos monoinsaturados y poliinsaturados en el numerador de la razón de lípidos.


Dicha modificación resultó necesaria ya que los poliinsaturados son los principales lípidos no saturados adicionados en las dietas de países no mediterráneos; además, se han establecido sus efectos beneficiosos sobre la enfermedad coronaria. Más aun, la definición de la razón lipídica con sólo lípidos monoinsaturados en el numerador dependería fuertemente del consumo de carne en países de Europa del norte en los que la principal fuente de éstos es la carne.

Los autores investigaron la relación de este puntaje modificado con la mortalidad total en una amplia muestra de individuos europeos ancianos que participaron en el *European Prospective Investigation into Cancer and nutrition study* (EPIC).

Como resultado, un incremento en el puntaje de la dieta mediterránea modificada se asoció con menor mortalidad total; un aumento de 2 unidades se correspondió con una reducción estadísticamente significativa del 8%.

La característica principal del puntaje con la dieta mediterránea modificada es que se basa en vegetales y lípidos no saturados. El punto importante es que modificaciones alcanzables de la dieta se asocian con una reducción de la mortalidad total y que los lípidos poliinsaturados constituyen un sustituto aceptable cuando los lípidos monoinsaturados no están disponibles.

Los autores concluyen que la dieta mediterránea modificada se asoció con incremento de la supervivencia en personas mayores de 60 años.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat043/05530002.htm

19 - Impacto de los Programas de Seguimiento Intensivos en el Control de la Hipertensión

Mateus P, Bettencourt N, Barros E y colaboradores

Revista Portuguesa de Cardiología 24(2):223-227, Feb 2005

La hipertensión (HTA) es un importante factor de riesgo de eventos cardiovasculares; varios estudios han mostrado que su tratamiento 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 informados en EE.UU., e indican que sólo 34% de los pacientes hipertensos estaban controlados en 2000-2001. Más aun, las metas de tratamiento de las recomendaciones recientes son muy estrictas, en especial 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 realizaron 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 realizarlo mensualmente hasta que se logre el control de la PA y, de ahí en más, mediante una visita cada 3 a 6 meses. Sin embargo, estas recomendaciones se basan en estudios no controlados y no hay pruebas de que


diferentes intervalos y métodos de seguimiento puedan influir en 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 con el objeto de 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 en los meses 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.

Los participantes de ambos grupos fueron predominantemente de sexo masculino. En la evaluación a los 9 y 18 meses no hubo diferencias estadísticamente significativas 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, entre individuos hipertensos, la proporción de pacientes controlados fue significativamente superior en el PESI que en el DCG (44.8% vs. 24.2%) y las PA sistólica y media resultaron significativamente inferiores en el PESI (139 vs. 148 mm Hg y 98.7 vs. 103.9 mm Hg, respectivamente).

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

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat043/05527005.htm

20 - Diferencias Debido al Sexo en la Mortalidad Coronaria entre dos Grupos Étnicos

Ho J, Paultre F y Mosca L

Journal of Women's Health 14(2):117-127, Mar 2005

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 se ha establecido que esta diferencia relacionada con el sexo es más pronunciada a menor edad y que decrece con el transcurrir del tiempo.

Los estudios realizados en EE.UU. sobre diferencias a causa del sexo en la mortalidad por enfermedad coronaria se han limitado a analizar individuos de raza blanca.

Varias investigaciones han examinado las diferencias en cuanto a la mortalidad de causa coronaria entre individuos de raza blanca y afroamericanos, pero ninguno se dirigió a analizar las diferencias por sexo en ambos grupos étnicos. El propósito de este estudio fue examinar la relación entre la edad y las diferencias por sexo en la mortalidad por enfermedad coronaria y comparar la dependencia de la edad entre afroamericanos y blancos. Además, se buscó determinar si el ajuste de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales atenúa las diferencias por sexo en la mortalidad de causa coronaria.


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

El estudio incluyó a 39 614 sujetos, 18% de los cuales eran afroamericanos, y 37%, de sexo masculino. En las 542 605

personas/año del seguimiento, se observaron 2 812 muertes por causa coronaria, de las cuales 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 al de las mujeres de su misma raza, mientras que los afroamericanos mostraban un riesgo 2 veces mayor que el de las mujeres. Por otra 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 por factores de riesgo cardiovascular, los hombres de raza blanca más jóvenes disminuyeron la diferencia del riesgo coronario con respecto a las mujeres, desde 6 hasta 4.8 veces los de estas últimas, mientras que los afroamericanos la redujeron desde 2.2 hasta 1.9 veces. A pesar de esto, la disminución en la brecha entre sexos con la edad continuó siendo mucho más pronunciada en los individuos de raza blanca que en los de raza negra. La diferencia entre ambas razas en la tendencia en función de la edad en la brecha entre sexos 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 más jóvenes.

Esta diferencia por sexos parece disminuir con el avance de la edad en forma 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 entre sexos en el riesgo coronario; futuras investigaciones deberán considerar otros factores que podrían contribuir a dichas diferencias, de sexo y étnicas, como los sociales y los ambientales.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat043/05526017.htm

21 - Análisis de la Mortalidad Asociada con Diferentes Índices de Masa Corporal

Flegal K, Graubard B, Gail M y colaboradores

JAMA 293(15):1861-1867, Abr 2005

La preocupación en cuanto a la asociación entre peso corporal y exceso de mortalidad ha aumentado en el último tiempo debido al incremento de la prevalencia de obesidad. Por ello, los autores realizaron un estudio para estimar las muertes asociadas con el bajo peso, el sobrepeso y la obesidad en EE.UU. en el año 2000, mediante el empleo de los datos sobre mortalidad disponibles del *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) I (1971-1975), del NHANES II (1976-1980), con un seguimiento hasta 1992, y del NHANES III (1988-1994) con seguimiento hasta 2000.

Los pacientes con bajo peso presentan un índice de masa corporal (IMC) < 18.5; aquellos con sobrepeso, un IMC entre 25 y 30, y los sujetos con obesidad, un IMC mayor o igual a 30. Se estimó el riesgo relativo (RR) de mortalidad asociada con diferentes niveles de IMC –calculado como peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros– obtenidos de los estudios NHANES I, II y III. Estos RR fueron aplicados a la distribución del IMC del NHANES de 1999-2002 para estimar el número de exceso de muertes.


El criterio de valoración primaria fue el número de muertes en 2000 asociadas con IMC dados. Como resultado, la obesidad se asoció con 111 909 muertes y el bajo peso con 33 746 muertes. El sobrepeso no se asoció con exceso de mortalidad. Los RR de mortalidad asociados con la obesidad fueron inferiores en el NHANES II y III que en el NHANES I.

Los datos muestran incremento de la mortalidad asociada con el bajo peso y con la obesidad.

Estos resultados resultan inferiores a las estimaciones previas

pero los distintos métodos estadísticos empleados explican algunas de estas diferencias. En relación con el NHANES I, los datos más recientes de NHANES II y III sugieren la posibilidad de que la mejoría en la atención médica, en particular respecto de la enfermedad cardiovascular –la principal causa de muerte en individuos obesos– y sus factores de riesgo puede haber conducido a una menor asociación entre obesidad y mortalidad total. Estos hallazgos concuerdan con el aumento de la expectativa de vida en los EE.UU. y con la menor mortalidad por enfermedad cardíaca isquémica.

Los autores concluyen que el bajo peso y la obesidad, particularmente los elevados niveles de esta última, se asocian con incremento de la mortalidad, en comparación con lo observado en individuos de peso normal. El impacto de la obesidad sobre la mortalidad parece haber disminuido con el tiempo, tal vez debido a mejoras en la atención médica y a la menor mortalidad por enfermedad cardíaca isquémica en los EE.UU.

 Información adicional en www.siiisalud.com/dato/dat043/05526013.htm

22 - Características de los Pacientes que Continúan Fumando Luego de un Infarto

Rallidis L, Hamodraka E, Foudilis V y colaboradores

International Journal of Cardiology 100(2):241-245, Abr 2005

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 se perciben rápidamente, mientras que la disminución 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 la enfermedad.

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 adicionales.

Por ello, los autores realizaron un estudio para investigar el perfil de riesgo, la adhesión al 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 glucosilada (HbA1c) en los pacientes diabéticos.

Como resultado, 329 pacientes (32.5%) informaron 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 asociado a lipoproteínas de alta densidad que los no fumadores. Los fumadores persistentes diabéticos presentaban un peor control glucémico que los

diabéticos no fumadores (HbA1c: 8 vs. 7.2). Menor número de fumadores persistentes estaban tomando drogas hipolipemiantes comparados con no fumadores (31% vs. 40%).

Finalmente, los fumadores persistentes realizaban actividad física con menor frecuencia que los no fumadores (42% vs. 51%). En este estudio, 60% de los pacientes fumaban hacia el 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, muestran menor adhesión a la medicación y constituyen un subgrupo de alto riesgo.

 Información adicional en www.siiisalud.com/dato/dat043/05526011.htm

23 - Relación entre Viajes, Tromboembolismo Venoso y Trombofilia

Gallus A

Seminars in Thrombosis and Hemostasis 31(1):90-96, 2005

La inmovilización prolongada durante los viajes largos parece representar un importante factor que predispone a la aparición de trombosis venosa. Ciertas condiciones médicas, como la trombofilia, y el empleo de anticonceptivos orales parecen incrementar este riesgo.

Los viajes aéreos de larga distancia pueden desencadenar trombosis venosa o embolismo pulmonar.

Existe muy poca información acerca del grado absoluto del riesgo asociado con los vuelos de trayectos largos, o sobre si los vuelos más cortos o los viajes prolongados en auto o en tren también influyen; tampoco existe evidencia acerca de alguna contribución de las trombofilias, hereditarias o adquiridas. El riesgo relativo de sufrir trombosis venosa o embolismo pulmonar fue señalado por estudios de casos y controles, que constataron que, entre los pacientes que padecieron alguna de estas entidades existió una probabilidad 2 a 4 veces mayor de antecedente de un viaje de duración mayor de 3 o 4 horas durante el mes previo al comienzo de los síntomas, en comparación con los controles.

Con respecto a la duración del viaje y según registros del servicio médico del aeropuerto de París, el riesgo parece ser prácticamente inexistente cuando es menor de 3 horas, pero sube a 1 por cada 2.5 millones de pasajeros luego de un viaje aéreo de 6 a 9 horas de duración, y a 5 por cada millón de pasajeros cuando la duración es superior a 12 horas.

Recientemente se han realizado estudios que analizan la presencia de trombosis venosa profunda asintomática a través de imágenes por ultrasonido, antes y después de viajes aéreos; sus resultados demostraron que, al igual que en el cuadro sintomático, la probabilidad de aparición parece estar asociada con la duración del viaje.

La inmovilización prolongada durante los viajes largos, que determina la estasis venosa, es un poderoso factor predisponente. Otros factores específicos de los viajes aéreos también podrían contribuir, tales como la presión reducida en la cabina.

En cuanto a las características personales, los pasajeros que presentan tromboembolismo pulmonar tienden a ser de mayor edad, y suman otros factores de riesgo como trauma reciente, trombosis previa, enfermedad maligna, obesidad o tratamiento hormonal. Cómo influyen en la trombosis del viajero la anticoncepción hormonal y las trombofilias fue analizado por un reciente estudio de casos y controles, donde se vio que el 49% de los casos con trombosis y el 12% de los controles (sin el cuadro) presentaban trombofilia, y el 61% de

las mujeres afectadas y el 27% de las del grupo control empleaban anticonceptivos orales.

Según el autor, las personas que poseen riesgo elevado de trombosis venosa luego de una cirugía o una enfermedad clínica, también están predispuestas a presentar complicaciones tromboticas durante los viajes prolongados o poco tiempo después de finalizados, y las trombofilias de base, así como el uso de anticonceptivos orales parecen contribuir a este fenómeno.

Por eso, los viajeros deben evitar la inmovilización prolongada durante los viajes largos y realizar ejercicios con sus piernas, pasivos o activos, que estimulen el retorno venoso, así como usar medias de soporte adecuadas.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat043/05526004.htm

24 - Superioridad del Colesterol no HDL para Predecir Infarto de Miocardio

Rallidis L, Sinos L, Pitsavos C y colaboradores

Atherosclerosis 179(2):305-309, Abr 2005

Los individuos jóvenes representan una pequeña proporción de pacientes que sufren infarto de miocardio (IAM). El perfil de riesgo de los sobrevivientes jóvenes difiere del de los pacientes de mayor edad con enfermedad coronaria (EC). Los individuos con EC de inicio temprano se caracterizan por mayor proporción de hipertensión, diabetes mellitus y 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 entre 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 IAM 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 IAM prematuro presentaron niveles más elevados de colesterol total, colesterol asociado a LDL (LDLc), triglicéridos, apolipoproteína B, lipoproteína (a) y colesterol no HDL, y menores niveles de colesterol asociado a 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 IAM en 34%. Los participantes en el tercio más alto de niveles de colesterol no HDL presentaban 28 veces mayor probabilidad de tener un IAM en comparación con aquellos en el tercio más bajo. El colesterol no HDL resultó el mejor indicador de IAM 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 al 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 IAM en personas menores de 36 años, por lo que sugieren su medición en el contexto de IAM prematuro como un indicador del riesgo.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat043/05526001.htm

25 - Hostilidad en Pacientes Jóvenes con Enfermedad Coronaria

Lavie C y Milani R

Mayo Clinic Proceedings 80(3):335-342, Mar 2005

Los rasgos de conducta adversos constituyen un factor de riesgo para la enfermedad coronaria (EC) y afectan la morbilidad y mortalidad. La hostilidad o el enojo inesperado se han relacionado con un incremento mayor de 5 veces del riesgo de eventos coronarios así como de hipertensión, marcadores de inflamación –como interleuquina 6 y factor de necrosis tumoral alfa–, dislipemia, obesidad, y aterosclerosis coronaria y periférica.

Los programas de rehabilitación cardíaca y de actividad física luego de eventos coronarios resultan beneficiosos, ya que determinan mejoría en la capacidad de ejercicio, índices de obesidad y síndrome metabólico, inflamación, viscosidad sanguínea, función autonómica, homocisteína, características conductuales –especialmente depresión–, calidad de vida, costos de internación, y morbilidad y mortalidad coronaria.

Aunque se sabe de los beneficios de la rehabilitación cardíaca para mejorar la depresión, existen pocos datos respecto de los efectos de esta terapia sobre la hostilidad. Debido a que los pacientes jóvenes con EC presentan mal pronóstico a largo plazo y a que la hostilidad se asocia con EC prematura e infarto de miocardio, los autores realizaron un estudio para determinar la prevalencia de los síntomas de hostilidad y el perfil global de riesgo coronario en pacientes jóvenes con EC, así como los efectos de los programas de rehabilitación cardíaca.

El estudio incluyó 500 pacientes con EC derivados para rehabilitación cardíaca entre 1999 y 2000.


Al inicio y luego de la rehabilitación se determinaron los factores conductuales y la calidad de vida mediante cuestionarios, y se midieron los factores de riesgo para EC. Los puntos relacionados con hostilidad incluían perder la calma o enojarse fácilmente, y sentimientos de furia y odio, entre otros.

Los puntajes de hostilidad fueron 2.5 veces superiores en los 81 pacientes más jóvenes (< 50 años) que en los 268 individuos > 65 años y la prevalencia de síntomas de hostilidad fue 3.5 veces superior en los primeros (28% vs. 8%).

Los pacientes jóvenes con síntomas de hostilidad también presentaban perfiles de riesgo coronario más adversos, incluidos mayores niveles de colesterol total, de triglicéridos, de relación colesterol total/HDLc, de glucemia y de hemoglobina glucosilada, y menor calidad de vida en comparación con los individuos jóvenes con bajos puntajes de hostilidad.

Luego de la rehabilitación cardíaca, los pacientes jóvenes con síntomas de hostilidad presentaron una mejoría marcada respecto de los factores de riesgo coronario, características conductuales y calidad de vida, y una reducción del 50% en la prevalencia de síntomas de hostilidad.

Los autores concluyen que los pacientes jóvenes con EC presentan una elevada prevalencia de síntomas de hostilidad y de factores de riesgo coronario, por lo que enfatizan la importancia de la reducción de dichos síntomas y de los programas de rehabilitación cardíaca en la prevención secundaria de la EC.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat043/05524000.htm

26 - Efectividad de las Estatinas en la Prevención Secundaria de la Enfermedad Coronaria

Wei L, Bartlett C, MacDonald TM y colaboradores

BMJ 330(7495):821-824, Abr 2005

Los autores realizaron una revisión de la literatura en relación con los efectos del tratamiento con estatinas sobre los aspectos cardiovasculares; pero no hallaron trabajos que compararan en forma directa el perfil sociodemográfico y los resultados clínicos entre pacientes de la comunidad y de estudios clínicos. Sin embargo, un trabajo reciente mostró que las estatinas indicadas en la práctica general presentan un efecto similar sobre las concentraciones séricas de colesterol que el observado en los estudios.

Los autores hicieron referencia a un metaanálisis de 27 estudios de prevención secundaria con estatinas publicado hacia diciembre de 2001.

La edad promedio de los pacientes era de 59.8 años, la proporción de mujeres, de 16.9% y las estatinas redujeron la mortalidad en 21%.

Realizaron un estudio de observación utilizando una base de datos de Tayside, Escocia, en una población de 400 000 personas provenientes de zonas rurales y urbanas, para comparar el perfil social y demográfico de los pacientes que reciben tratamiento con estatinas luego de un infarto de miocardio (IAM) con el de aquellos incluidos en estudios aleatorizados, y estimar su efecto sobre la mortalidad por todas las causas y la recurrencia de eventos cardiovasculares.

Entre 1993 y 2001, 4 892 pacientes fueron dados de alta luego de su primer IAM; 50.3% recibieron estatinas por 3.7 años (3.1% en 1993 y 62.9% en 2001).


Como resultado, 319 muertes ocurrieron en el grupo tratado con estatinas y 1 200 en el grupo no tratado. Dentro del grupo tratado con estatinas había mayor proporción de personas mayores y mujeres que en los estudios clínicos (promedio de edad: 67.8 vs. 59.8 años; mujeres: 39.6% vs. 16.9%, respectivamente).

Los efectos de las estatinas en la práctica clínica diaria fueron similares a los informados en estudios clínicos, con un *odds ratio* de mortalidad por todas las causas de 0.69 y de recurrencia cardiovascular de 0.82.

Alrededor de la mitad de los pacientes estaban tomando estatinas durante el periodo de estudio. El uso de éstas se incrementó de 3.1% en 1993 a 62.9% en 2001. Los consumidores de estatinas eran de menor edad y además recibían otros fármacos cardiovasculares.

Aunque la medicación concomitante aportó beneficios, las estatinas resultaron independientemente efectivas, redujeron la probabilidad de recurrencia cardiovascular y la mortalidad por todas las causas. Los pacientes de mayor edad y las mujeres, que no estaban bien representados en los estudios, obtuvieron beneficio similar que el resto de las personas, agregan los autores.

La efectividad de las estatinas en los grupos que no se hallaban bien representados en los estudios clínicos resultó similar a la observada en tales estudios.

 Información adicional en www.siiisalud.com/dato/dat043/05519004.htm

27 - Emociones Positivas y Negativas como Predictoras de Mortalidad

Brummett B, Boyle S, Siegler I y colaboradores

International Journal of Cardiology 100(2):213-216, Abr 2005

La relación entre la emoción positiva y la mortalidad parece estar mediada parcialmente por la depresión.

Numerosas investigaciones han demostrado una asociación entre los estados afectivos negativos y la salud; por ejemplo, se ha sugerido que los síntomas de depresión predicen una supervivencia reducida en los pacientes con enfermedad coronaria. Por su parte, las emociones positivas también pueden influir en la salud física, a pesar de que han sido objeto de menor cantidad de estudios que las negativas. Así, en diferentes investigaciones, se ha demostrado su relación con una mayor supervivencia.

Existen múltiples mecanismos por los cuales las emociones negativas se asocian con la salud; por eso, se asume que las emociones positivas también actúan sobre ésta a través de múltiples vías. Una de estas vías que asocian la emoción positiva con la mortalidad podría ser la reducción de la emoción negativa.


El presente estudio examinó la hipótesis de que las emociones positivas y negativas se asocian con la supervivencia, en muestra de pacientes con cateterismo cardíaco. Específicamente, se examinó el valor de las emociones positivas y negativas como factores predictores, independientes e interrelacionados, de la supervivencia.


Participaron 866 pacientes con cateterismo cardíaco. Todos respondieron a un cuestionario que examinaba, por un lado, sus emociones positivas y, por otro, las negativas, a través de puntajes que indicaban, a mayor valor, una presencia más importante de cada emoción.

Por otro lado, la gravedad de la entidad cardíaca fue evaluada a través de un puntaje de 0 (no grave) a 4 (máxima gravedad), y se identificaron la cantidad de vasos comprometidos y la fracción de eyección ventricular. El seguimiento se realizó durante 11.4 años.

Se observó que la emoción positiva se asoció de manera significativa con la supervivencia (*hazard ratio*, HR de 0.80), pero asimismo que la emoción negativa (depresión) también se asoció con ésta (HR 1.32). Sin embargo, cuando las medidas de emoción positiva y de depresión fueron incluidas simultáneamente en el modelo de análisis de supervivencia se vio que la emoción positiva ya no era un factor predictor significativo de mortalidad.

Los autores concluyen que, a pesar de que tanto la emoción positiva como la negativa parecen asociarse con la supervivencia, la segunda parece mediar de manera parcial la asociación entre la emoción positiva y la mortalidad.

 Información adicional en www.siiisalud.com/dato/dat043/05518014.htm

 Información adicional en www.siiisalud.com: otros autores, conflictos de interés, instituciones investigadoras, especialidades en que se clasifican, etc.