

## 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.

### 16 - Asociación entre Ingesta de Cafeína y Riesgo de Hipertensión en Mujeres

Winkelmayer W, Stampfer M, Willett W y Curhan G

JAMA 294(18):2330-2335, Nov 2005

No parece existir una relación lineal entre el consumo de cafeína y la incidencia de hipertensión arterial (HTA) en las mujeres. La HTA es un importante factor de riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca congestiva. Por eso, aun pequeñas reducciones en su prevalencia pueden producir un gran impacto financiero y en la salud pública. El conocimiento acerca del efecto del consumo de cafeína sobre el riesgo de presentar HTA sería de gran importancia debido al enorme consumo de bebidas que contienen este compuesto; sin embargo, en la actualidad son escasos los estudios realizados sobre dicha asociación, y ninguno de ellos la analizó en forma específica en la población femenina. Por eso, el objetivo del presente trabajo fue investigar la existencia de una asociación entre la ingesta de cafeína o el consumo de ciertas bebidas con cafeína y el riesgo de HTA incidental en una población de mujeres.

La población estudiada formaba parte de dos estudios sobre la salud de las enfermeras (NHS). Estos comenzaron en 1976 (NHS I) y 1989 (NHS II). Regularmente, las mujeres participantes responden un cuestionario sobre su salud, el cual les es enviado por correo. En el presente trabajo se incluyeron 155 594 enfermeras, sin diagnóstico de HTA para el período 1990-1991, y se realizó un seguimiento de sus respuestas hasta los cuestionarios del período 2002-2003. A partir de éstos, se evaluó la ingesta de cafeína y otras posibles covariables.

Durante el período considerado, 19 541 mujeres del NHS I y 13 536 del NHS II presentaron HTA diagnosticada por sus médicos. En ambas cohortes, no se observó una asociación lineal entre la ingesta de cafeína y el riesgo de HTA. A través de un análisis ajustado según la edad, se observó que la relación entre ambas variables presentaba forma de «U» invertida. Con respecto a las participantes del quintilo de menor ingesta de cafeína, las pertenecientes al tercer quintilo mostraban un riesgo de HTA incrementado en 14% (NHS I) y 15% (NHS II), mientras que aquellas pertenecientes al quintilo más alto, no mostraban aumento en el mencionado riesgo. El estudio de las diferentes clases de bebidas con cafeína mostró que el consumo de café no se asoció con incremento en el riesgo de HTA. Sin embargo, sí se constató una asociación entre este riesgo y el consumo de bebidas de tipo cola, independientemente de su condición de dietéticas o azucaradas.

Los resultados del presente trabajo muestran que, en las mujeres, la ingesta de café no parece aumentar el riesgo de presentar HTA. Estudios más profundos deberán determinar si otras bebidas con cafeína se relacionan en forma causal con el riesgo de HTA y describir los mecanismos que producen esta asociación.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/dat046/05d01020.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05d01020.htm)

### 17 - Los Bloqueantes del Receptor de Angiotensina no Aumentan el Riesgo de Infarto

McDonald M, Simpson S, Ezekowitz J y colaboradores

BMJ 333(7521):873-876, Oct 2005

El tratamiento con bloqueantes del receptor de angiotensina (BRA) no se asocia con aumento significativo del riesgo de

presentar infarto de miocardio (IM). Los indicios científicos apoyan fuertemente el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) para la reducción de la morbilidad y mortalidad en los pacientes con disfunción del ventrículo izquierdo, en aquellos con IM reciente y en todos los que presentan alto riesgo de eventos cardiovasculares. Los BRA teóricamente producen una inhibición más completa de la angiotensina II y son mejor tolerados que los IECA. Sin embargo, los ensayos recientemente realizados no demostraron su superioridad y mostraron resultados ambiguos al comparar sus efectos. Dos autores concluyeron que los BRA podrían incluso conferir un riesgo nocivo, específicamente a través de su asociación con altas tasas de IM. Los autores del presente trabajo consideraron necesario analizar la información publicada hasta el momento y llevar a cabo una revisión sistemática, con el objeto de determinar la asociación entre los BRA y el IM antes de establecer una conclusión.

Se buscaron los ensayos aleatorizados realizados sobre BRA a partir de tres bases de datos informáticos, la búsqueda manual y el contacto con los investigadores.

Fueron incluidos 19 estudios en el análisis, según los criterios de inclusión predefinidos, entre los cuales sumaban 31 569 pacientes. Dos estudios investigaron el uso de BRA en pacientes con hipertensión arterial (HTA), 4 estudios se concentraron en pacientes con diabetes y nefropatía, 10 trabajos se refirieron a pacientes con insuficiencia cardíaca, y 3 a pacientes con IM reciente o con síndrome isquémico. Según sus resultados, el uso de BRA no se asoció con riesgo aumentado de IM con respecto al placebo (*odds ratio* [OR] de 0.94) ni con incremento del riesgo de IM con respecto a los IECA (OR de 1.01).

Los autores concluyen que, según los resultados de su revisión sistemática cuantitativa, el tratamiento con BRA no se relaciona con aumento en el riesgo de presentar IM. Aún se espera información sobre este tema específico a partir de grandes ensayos prospectivos; hasta ese momento, los presentes hallazgos demuestran que no existe asociación entre las mencionadas variables.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/dat046/05d06003.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05d06003.htm)

### 18 - Manejo de Factores de Riesgo en Pacientes con Diabetes Tipo 2

Betteridge J

British Journal of Hospital Medicine 66(9):529-533, Sep 2005

Se ha sostenido que los pacientes con diabetes tipo 2 presentan aproximadamente el mismo riesgo de enfermedad coronaria que aquellos que han tenido un ataque cardíaco. Aproximadamente el 75% de los pacientes con diabetes tipo 2 mueren por algún evento vascular como infarto agudo de miocardio (IAM) o accidente cerebrovascular. La hiperglucemia representa la anomalía metabólica definitoria de esta entidad, pero el control del riesgo cardiovascular de estos pacientes no puede ser reducido sólo al control glucémico. De hecho, la hiperglucemia es actualmente considerada como un factor de riesgo más para la enfermedad cardiovascular en los pacientes diabéticos tipo 2. Los demás factores incluyen obesidad, dislipemia, hipertensión, hiperinsulinemia o resistencia a la insulina, anomalías hemostáticas, proteínas de productos avanzados de la glucosilación (AGE) y estrés oxidativo. El manejo de todos estos elementos requiere un

enfoque en el cual ninguno de ellos sea tratado en forma aislada, sino donde cada uno sea considerado dentro del contexto de un síndrome metabólico multisistémico.

En el momento del diagnóstico es importante que cada paciente con diabetes tipo 2 sea sometido a una evaluación exhaustiva en busca de factores de riesgo cardiovascular. Esto comprende el análisis de su historia clínica, peso, presión arterial y perfil lipídico. Las evaluaciones posteriores deben realizarse al menos una vez por año. Estas evaluaciones brindan una excelente oportunidad para aconsejar al paciente acerca de las consecuencias de su diagnóstico y de las medidas que él puede tomar para reducir el riesgo cardiovascular. Muchos de los factores de riesgo responden bien a las modificaciones en el estilo de vida, el hábito de fumar y la dieta.

Los objetivos terapéuticos en el manejo de pacientes con diabetes tipo 2 son evitar las complicaciones microvasculares, mediante el control estricto de la glucemia, y reducir el riesgo macrovascular, a través del manejo de la presión arterial del paciente y de su perfil lipídico. Los indicios científicos acerca de la importancia de la terapia de reducción de lípidos en estos pacientes han aumentado en los últimos años. El típico perfil lipídico de un paciente con diabetes tipo 2 muestra niveles moderadamente elevados de triglicéridos y bajos niveles de colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad. El colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (LDLc) generalmente no se encuentra aumentado, pero presenta elevada aterogenicidad. En el Reino Unido se busca reducir el colesterol total a menos de 5 mmol/litro, y el LDLc a menos de 3 mmol/litro. Las estatinas son los agentes de primera elección. El control estricto de la glucemia busca reducir el riesgo tanto de las complicaciones diabéticas como el cardiovascular.

Por cada reducción en 1% de la hemoglobina glucosilada, el riesgo de IAM se reduce en 14% y el riesgo de insuficiencia cardíaca se reduce en 16%. El agente de primera línea en el tratamiento antidiabético es la metformina, con una dosis inicial de 500 mg diarios posprandiales que luego será aumentada según los requerimientos.

La metformina está contraindicada en pacientes con insuficiencia cardíaca o renal (creatinina > 130 mmol/l) y en los pacientes con dependencia del alcohol. Las tiazolidinedionas actúan como agentes de segunda línea. La hipertensión es dos veces más frecuente en los pacientes con diabetes que en la población sin esta entidad, y su control es de particular importancia.

Los beneficios de la terapia antihipertensiva agresiva fueron confirmados en un estudio en el que se observó que el control estricto de la presión arterial reducía los riesgos relativos de muerte relacionada con la diabetes en 32%, de accidente cerebrovascular en 44% y de insuficiencia cardíaca en 56%. Los agentes más comúnmente empleados son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Por otra parte, se recomienda el uso de bajas dosis de aspirina (75 mg/día) para todos aquellos pacientes que requieran prevención secundaria de enfermedad cardiovascular isquémica, y para la prevención primaria de los pacientes con hipertensión mayores de 50 años que presentan riesgo cardiovascular a 10 años de 20% o más. La excreción urinaria aumentada de albúmina es un factor predictor de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Al respecto, existen indicios que señalan que la terapia antihipertensiva con antagonistas del receptor de la angiotensina II puede demorar la progresión de la microalbuminuria.

Con el envejecimiento de la población y los niveles crecientes de obesidad, el Reino Unido enfrenta una posible epidemia de diabetes tipo 2. Esto, a su vez, puede determinar un dramático aumento de las complicaciones macrovasculares por esta entidad, como enfermedad cardiovascular y accidente cerebrovascular. La prevención de esta cadena de eventos requiere que el profesional considere la diabetes tipo 2 como un síndrome vascular multisistémico donde cada anomalía metabólica debe ser tratada agresivamente.

## 19 - Relacionan Crecimiento y Talla Infantil con Obesidad en Todas las Edades

Baird J, Fisher D, Lucas P y colaboradores

BMJ 331(7522):929-931, Oct 2005

Los niveles de sobrepeso y obesidad se han incrementado en todas las edades y no se sabe aún en qué etapa de la vida –ni cómo– podría ser útil intervenir para prevenir la obesidad. Aunque no se conocen los detalles con claridad, se vio que existe asociación entre la talla y el crecimiento rápido en los niños y la obesidad en la edad adulta.

Para evaluar la asociación entre el crecimiento infantil y la obesidad posterior y para establecer quiénes tienen mayor riesgo de sobrepeso, los autores revisaron sistemáticamente las publicaciones que describieran la relación entre cualquier aspecto del crecimiento o la talla en la infancia y la aparición de sobrepeso u obesidad en cualquier edad posterior. Los participantes de las investigaciones habían nacido entre 1927 y 1994 y los factores de confusión considerados fueron el nivel socioeconómico, la talla de los padres y la forma de alimentación de los niños. Todas las investigaciones, excepto dos, fueron realizadas en países desarrollados; el crecimiento veloz fue evaluado en general mediante el aumento de peso del niño. La mayoría de las investigaciones analizadas presentaban al menos un riesgo moderado de sesgo, en general por la descripción insuficiente de los participantes y la inapropiada consideración de los factores de confusión.

De los 24 estudios analizados, 18 evaluaron la relación entre la talla infantil y la obesidad entre los 3 y los 35 años; 11 mostraron que, en comparación con los niños con índice de masa corporal normal, sus pares que estaban en el extremo superior de la distribución del peso o del índice de masa corporal tenían un riesgo elevado de desarrollar obesidad en la infancia, adolescencia y vida adulta, con *odds ratio* que oscilaron entre 1.50 y 9.38.

De las 10 investigaciones que analizaron la relación entre el crecimiento infantil y la obesidad posterior, 7 mostraron que quienes crecían con mayor rapidez tenían más riesgo de desarrollar obesidad entre los 4.5 y 20 años: al compararlos con otros niños sin esta característica, presentaron *odds ratio* entre 1.06 y 5.70.

Esta revisión sugiere que tanto la talla como el crecimiento en la infancia se relacionan con la obesidad en niños y adultos, pero no se encontró evidencia que señalara una etapa particularmente crítica en la niñez. Las diversas definiciones de la exposición (talla o crecimiento infantil) y de los resultados (obesidad) hicieron imposible realizar un metaanálisis, lo que impidió a los autores llegar a conclusiones precisas acerca del efecto de los factores estudiados. Con todo, la consistencia de la asociación entre ellos sugiere que existe una relación sólida entre el crecimiento acelerado o la talla elevada en la infancia con la obesidad posterior.

Finalmente, los autores sugieren evaluar la relación entre el crecimiento infantil con otras variables relacionadas con la salud para estudiar el posible impacto beneficioso –o dañino– de posibles intervenciones que lo alteren en pos de prevenir la obesidad.



Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/dat046/05d13001.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05d13001.htm)

## 20 - Terapia Antihipertensiva y Reductora del Colesterol como Prevención del Accidente Cerebrovascular

Piechowski-Jozwiak B y Bogousslavsky J

Acta Neurologica Belgica 10557-61, Jun 2005

El accidente cerebrovascular (ACV) es la tercera causa de muerte en el mundo, y la principal causa de discapacidad en



Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/dat046/05d06010.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05d06010.htm)

los países desarrollados. Debido a que la carga de esta entidad es alta, sus factores de riesgo deben ser bien determinados, investigados y tratados. Estos factores pueden dividirse en no modificables y los que sí lo son. Los primeros incluyen la edad, raza, sexo e historia familiar de ACV; entre los segundos figuran el hábito de fumar, diabetes, fibrilación auricular, hipertensión e hipercolesterolemia. Recientemente, estos dos últimos factores fueron objeto de grandes ensayos y metaanálisis, aunque aún quedan aspectos que deben ser investigados en profundidad.

El riesgo relativo (RR) de ACV, tanto hemorrágico como isquémico, aumenta en forma proporcional a los valores de presión arterial sistólica (PAS). El efecto es más pronunciado en el caso del ACV hemorrágico, donde, para una PAS de 160 mm Hg, el RR alcanza casi 8, mientras que para el ACV isquémico, el RR, con el mencionado valor de PAS, es de 4. A una edad comprendida entre los 40 y los 69 años, cada diferencia de 20 mm Hg del valor usual de PAS, o de 10 mm Hg del valor de presión arterial diastólica (PAD) determina un aumento de más de 2 veces en la tasa de muerte por ACV.

Diversos estudios demostraron que el tratamiento antihipertensivo reduce el RR de presentar ACV. En la prevención primaria, el límite de la presión arterial (PA) normal está establecido en <149/<90 mm Hg, y en <130/<85 para los pacientes diabéticos. En la prevención secundaria del ACV, por su parte, se recomienda la reducción de los valores de PA, independientemente de sus valores iniciales. Los agentes de elección son los diuréticos y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). Con respecto a los agentes bloqueantes del receptor de angiotensina II, su papel aún no ha sido establecido.

Es bien conocida la correlación existente entre los niveles séricos aumentados de colesterol total y el riesgo de infarto de miocardio. Sin embargo, la asociación entre el primer factor y la aparición de ACV es discutida en la literatura. El análisis de los resultados observados en la cohorte Framingham parece indicar que sólo existe una asociación significativa en los menores de 45 años. Este análisis no discriminó entre los subtipos de ACV, por lo que una asociación negativa con uno de ellos, por ejemplo el isquémico, podría haberse neutralizado con una asociación negativa con el otro, es decir, el hemorrágico.

Otro estudio demostró, precisamente, una asociación positiva entre los niveles de colesterol y el riesgo de ACV isquémico. De acuerdo con las recomendaciones más recientes, se debe administrar la terapia de reducción de colesterol en la prevención primaria del ACV en pacientes con alto riesgo con enfermedad coronaria, hipertensión o diabetes. Los pacientes con antecedente de ACV o de ataque isquémico transitorio (AIT) pueden recibir un tratamiento con estatinas, el cual puede comenzar durante la internación. Varios estudios demostraron el efecto reductor de estos agentes en la incidencia de ACV.

Los autores sostienen que debe establecerse una estrategia global para el manejo de los pacientes con riesgo vascular. Al respecto, debe realizarse un seguimiento extensivo de los ensayos aleatorizados referidos a la terapia preventiva del ACV. Las futuras investigaciones deberían enfocarse en los nuevos agentes reductores de los lípidos, y en comparar su acción aislada y en combinación. Con respecto al manejo de la hipertensión, se deberán realizar ensayos que comparen los bloqueantes del receptor de la angiotensina II con los IECA. De esta manera, sostienen, se llegará a la mejor estrategia vasoprotectora en la prevención del ACV.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/dat046/05n14017.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05n14017.htm)

## 21 - Factores de Riesgo Cardiovascular y Presentación Clínica del Síndrome Coronario Agudo

Rosengren A, Wallentin L, Simoons M y colaboradores

Heart 91(9):1141-1147, Sep 2005

La mortalidad, incidencia y presentación clínica de la enfermedad coronaria han variado a lo largo del tiempo. En algunos países con alta prevalencia de enfermedad cardíaca coronaria, la mortalidad descendió y, en forma concomitante, el infarto agudo de miocardio (IAM) también disminuyó, mientras que la angina de pecho, una forma menos letal de los síndromes coronarios, representa en la actualidad la mayor parte de las admisiones hospitalarias. Los cambios en la incidencia se han atribuido a la modificación en la atención y prevención de la enfermedad coronaria. Los cambios en los factores de riesgo también cumplen un papel importante, tal como el descenso de los índices de obesidad y tabaquismo en muchas áreas del mundo.

Los pacientes con IAM que presentan elevación del intervalo ST presentan infartos más importantes, tienen mayores complicaciones hospitalarias y tasas de mortalidad que los que no tienen elevación de ST. Desde el punto de vista fisiopatológico, los pacientes con elevación del ST que progresan a infarto con onda Q, se caracterizan por trombos oclusivos en la gran mayoría de los casos, mientras que la oclusión total es muy poco frecuente en los IAM sin onda Q.

Los autores postulan que diferentes factores de riesgo, como el hábito de fumar y los asociados con la obesidad (hipertensión y diabetes) pueden estar relacionados de diferente manera con el síndrome coronario agudo (SCA). Con el fin de probar esta hipótesis investigaron la correlación entre los factores de riesgo y la gravedad de la enfermedad, empleando la elevación del ST como marcador. Se analizaron los datos de 10 253 pacientes provenientes de la encuesta Euro Heart de SCA.

El principal hallazgo de este estudio de pacientes con SCA provenientes de 25 países de Europa y el Mediterráneo fue el reconocimiento de que diferentes factores de riesgo se asocian con diferentes diagnósticos de SCA. El tabaquismo se relaciona con pacientes que presentan elevación del intervalo ST, mientras que la obesidad e hipertensión fueron más frecuentes entre los pacientes sin elevación de ST. Estas diferencias sugieren la existencia de variaciones fisiopatológicas asociadas con los perfiles de los factores de riesgo, pero ellas también pueden ayudar a explicar algunas de las tendencias temporales con respecto a la gravedad de las afecciones y la disminución de la mortalidad de la enfermedad coronaria en las áreas donde la epidemia parece estar en retroceso.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/dat046/05n30015.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05n30015.htm)


## 22 - Estrategia de Tratamiento de la Dislipidemia Asociada a Diabetes Mellitus

Reasner C

Atherosclerosis Supplements 6(3):21-27, Sep 2005

La diabetes mellitus se asocia frecuentemente con dislipidemia que contribuye a incrementar el riesgo cardiovascular. El perfil dislipidémico está caracterizado por niveles bajos de colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad (HDLc) y elevados de colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (LDLc), triglicéridos y apolipoproteína B.

De todas las estrategias terapéuticas posibles para revertir estas condiciones, el ácido nicotínico tiene la mayor capacidad de incrementar el HDLc, y su combinación con estatinas

 Información adicional en [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): otros autores, especialidades en que se clasifican, etc.

desemboca en la mayor reducción de eventos cardiovasculares.

Numerosas investigaciones con pacientes con desequilibrios lipídicos, incluso con diabetes, demostraron la eficacia de las estatinas en la reducción del LDLc y, por consiguiente, de los riesgos cardiovasculares. Sin embargo, el estudio PROVE-IT demostró que la reducción de este compuesto por sí solo no es suficiente para maximizar la cardioprotección.

En ese sentido, la investigación VA-HIT, publicada en 1999, destacó la eficacia de los fibratos para elevar el HDLc y cómo consiguientemente se lograban beneficios cardiovasculares, en particular en los pacientes diabéticos. Mientras que en el grupo de pacientes no diabéticos el fármaco lograba descender en 22% el riesgo de eventos adversos cardíacos, trepaba al 41% en el segundo grupo. Por otra parte, está ampliamente reconocido por investigaciones anteriores que el ácido nicotínico se revela como el agente más efectivo para incrementar los niveles de HDLc, como también para disminuir las concentraciones séricas de triglicéridos. El estudio *Coronary Drug Project*, en el que intervinieron más de 8 000 pacientes, fue el primer estudio que examinó los efectos del ácido nicotínico sobre los desenlaces cardiovasculares. Se determinó que reducía en 28% el riesgo de infarto y en una proporción similar las probabilidades de nueva precordialgia. Asimismo, probó que el riesgo de aterosclerosis era menor en pacientes con mayores niveles basales de glucemia.

Además, diversas investigaciones apoyan la hipótesis de los beneficios que pueden alcanzarse con estatinas y ácido nicotínico combinados. El estudio HATS, a doble ciego, comparó los efectos del empleo de simvastatina y ácido nicotínico con un grupo placebo. Los pacientes que recibieron los agentes activos redujeron 43% el LDLc y 37.6% los triglicéridos. Por su parte, los pacientes que recibieron placebo lo hicieron en 8.7% y 3.4% respectivamente.

En concreto, sobre la base de resultados de investigaciones clínicas, el autor puntualiza que la modificación del estado lipídico por el incremento del HDLc y el descenso del LDLc y los triglicéridos conduce a mejoría significativa del pronóstico cardiovascular, en particular en pacientes con síndromes metabólicos, resistencia a la insulina o diabetes mellitus. La combinación de estatinas y ácido nicotínico constituye la mejor estrategia terapéutica disponible.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/dat045/05o13004.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat045/05o13004.htm)

### 23 - Aspectos de la Isquemia Miocárdica por Estrés Mental

Burg M, Vashist A y Soufer R

*Journal of Nuclear Cardiology* 12(5):523-529, Sep 2005

Estudios recientes destacaron la influencia de la provocación emocional y el estrés en el desempeño miocárdico. Más aun, se demostró que el estrés mental y emocional puede provocar isquemia en más del 50% de los pacientes con enfermedad coronaria crónica y estable. Esta isquemia por estrés mental (IEM) usualmente aparece sin síntomas, y presenta fisiopatología distintiva.

Los investigadores emplearon una variedad de tareas mentalmente demandantes y emocionalmente provocadoras para la inducción del estrés, como la resolución de tareas aritméticas en tiempo limitado o el recordar algún incidente que provoque ira.

El aspecto de la reproducibilidad de este efecto no ha recibido la debida atención en la literatura, ya que sólo tres estudios la abordan. Una investigación concluyó que la tarea de procesamiento cognitivo color-palabra, conocida como el test de Stroop, era la más consistente en este aspecto. Otro estudio demostró que la tarea de hablar en público acerca de atributos personales que incomodan, tiene una

reproducibilidad de 75%, mientras que, por otro lado, se demostró que el recordar circunstancias que despiertan ira presenta una reproducibilidad de 90%.

Las imágenes de perfusión miocárdica representan el mejor método de visualización de la IEM, debido a que la heterogeneidad del flujo durante la realización de la tarea mentalmente estresante puede ser leve, variable y quizás insuficiente para generar signos funcionales de isquemia, tales como anomalías regionales en la movilidad de las paredes en la ecocardiografía. Cuatro investigaciones demostraron la asociación de la IEM con la aparición de muerte y de infarto de miocardio, lo que destaca su significado pronóstico. Con respecto al tratamiento de la IEM, fue demostrada la potencial efectividad de un manejo cognitivo y de comportamiento del estrés, lo que mejora la evolución médica y reduce la utilización de los servicios de salud. Varias investigaciones sugieren que la disfunción endotelial podría desempeñar un papel en la IEM, lo cual, aseguran los autores, será con seguridad estudiado con mayor profundidad en ensayos clínicos a gran escala. Por otra parte, también se encuentra en investigación el efecto del estrés mental sobre las contribuciones autonómicas a la frecuencia cardíaca y la relación entre la modulación parasimpática y los procesos inflamatorios.

Durante los últimos 20 años, la literatura mostró un gran interés en la prevalencia, la fisiopatología y el pronóstico de la IEM, al mismo tiempo que provee prometedoras estrategias dirigidas a mejorar las tasas de supervivencia «libre de eventos» en aquellos que presentan esta forma de isquemia. Los autores sostienen que, si bien aún quedan muchos puntos importantes por aclarar, los hallazgos obtenidos hasta el momento permiten planificar, desarrollar y ejecutar un ensayo clínico a gran escala, que busque no sólo analizar el significado pronóstico y los efectos terapéuticos, sino que también explore los aspectos fisiopatológicos aún desconocidos.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/dat045/05o18010.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat045/05o18010.htm)

### 24 - La Disfunción Eréctil es Factor de Riesgo para Coronariopatía e Ictus

Ponholzer A, Temml Ch, Obermayr R y colaboradores

*European Urology* 48(3):512-518, Sep 2005

La disfunción eréctil es definida como la incapacidad de mantener una erección suficiente para el adecuado rendimiento sexual. Aunque de etiología multifactorial, predomina el componente vascular y, sobre esa base, comparte muchos de los factores de riesgo para la aterosclerosis, como diabetes, hipertensión, hiperlipidemia y hábito de fumar.

En diversas investigaciones se propuso que la disfunción eréctil es la «punta del iceberg» de un trastorno vascular sistémico que precede a eventos cardiovasculares graves. Por cierto, los autores aportan pruebas e indicios que demuestran la relación entre disfunción eréctil y el riesgo de coronariopatía o accidente cerebrovascular. Este dato cobra importancia en la medida que la disfunción eréctil es fácilmente reconocible.

El estudio de cohorte comprendió a más de 2 800 varones de entre 30 y 75 años, quienes fueron seguidos en un período de 6 meses. En ellos se evaluó la presencia y gravedad de disfunción eréctil por medio del cuestionario *International Index of Erectile Function 5* (IIEF5). Adicionalmente, 2 495 participantes, con edades entre 30 y 69 años fueron sometidos a estudios que determinaron sus riesgos para coronariopatía, mientras que 644, de entre 55 y 74 años, fueron evaluados para riesgo de ictus.

En el grupo de riesgo coronario, los pacientes con signos moderados y avanzados de disfunción eréctil tenían un 65% de

incremento del riesgo relativo de adquirir enfermedad cardiovascular, en un período de 10 años, comparados con aquellos pacientes que no presentaban disfunción. Por su parte, en el conjunto en el cual se evaluaba el riesgo de ictus, los pacientes con disfunción eréctil presentaban un 43% de riesgo aumentado, también en 10 años, de que se produjera un accidente cerebrovascular, con respecto a los varones normales.

Como las arterias peneanas tienen menor diámetro que las carótidas, arterias femorales y coronarias, es lógico inferir que la obstrucción luminal debiera conducir a disfunción eréctil, previamente a la aparición de alguna enfermedad cardiovascular sintomática. Sobre esa base, los autores establecen que existe relación directa entre la disfunción y el riesgo de adquirir coronariopatía o de que se produzca un accidente cerebrovascular. Este proceso se torna más evidente en aquellos pacientes con disfunción eréctil de grado moderado a grave. En contraste con otros factores de riesgo cardiovascular, opinan los autores, el problema eréctil constituye un indicador fácilmente reconocible y posibilita la adopción temprana de medidas preventivas para enfermedades cardiovasculares o neurológicas.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/dat045/05o27002.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat045/05o27002.htm)

## 25 - Es Escaso el Control de la Hipertensión en Pacientes con Riesgo Cardiovascular

Roca B, Suárez C, Ceballos A y colaboradores

*QJM* 98(8):581-588, Ago 2005


Las enfermedades cardiovasculares representan hoy en día la principal causa de discapacidad y mortalidad en los países desarrollados. La relación entre cardiopatías y factores de riesgo es bien conocida y las intervenciones tendientes a modificarlos en general permiten reducir la incidencia de morbimortalidad cardiovascular. Aun así, en países como España, la hipertensión es escasamente controlada en la mayoría de los pacientes con riesgo de adquirir cardiopatía. Asimismo, otros factores de riesgo tampoco son controlados.

A esa conclusión llega un grupo de investigadores luego de analizar los datos de un estudio transversal multicéntrico que incluyó 2 205 pacientes adultos que representaban todas las regiones de ese país europeo. La presión arterial promedio fue de 140/80 mm Hg, pero se constataron valores por encima de los 200 mm Hg en 54 pacientes y arriba de los 180 mm Hg en 213. Del análisis de datos se verificó que la hipertensión era controlada inadecuadamente en 1 384 individuos, cifra que representa el 62.8% de la muestra. Más aun, el colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (LDLc) era mayor en pacientes con hipertensión no controlada, con 130.2 mg/dl de promedio, que en aquellos que sí consultaban por su presión sanguínea (120 mg/dl).

Análogamente, los niveles de hemoglobina glucosilada fueron de 7.1% en los pacientes que no controlaban su presión y de 6.9% en quienes sí lo hacían. Con todo, la hipertensión no controlada estaba asociada con otros hábitos como tabaquismo y la no ingestión de drogas hipolipemiantes y antiagregantes plaquetarios.

En esencia, el control de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares es escaso en todas las regiones españolas. La hipertensión es significativamente prevalente en los españoles y es poco tratada. El problema es particularmente emergente para la presión sistólica, con 1/4 de la población con al menos hipertensión sistólica moderada. Asimismo, se comprobó una íntima relación entre hipertensión no controlada y otros factores de riesgo cardiovascular, en especial dislipidemias, diabetes y el no empleo de agentes antitrombóticos. Sobre esa base, los autores concluyen que en España los factores de riesgo para

enfermedad cardiovascular son escasamente investigados y controlados. El hecho cobra importancia porque se trata de factores que pueden ser modificados con cambios en el estilo de vida y control médico.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/dat045/05o28001.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat045/05o28001.htm)

## 26 - Atención Primaria de Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Tipo 2

Stewart J y Kendrick D

*Diabetic Medicine* 22(6):683-687, Jun 2005

La mayoría de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 son atendidos en centros de atención primaria y cada vez más enfermeras participan del manejo de las dolencias crónicas. Existen protocolos que establecen recomendaciones y guías para la atención de las personas diabéticas. Varios estudios demostraron que el control de la presión arterial y de los niveles de la hemoglobina glucosilada disminuiría las complicaciones asociadas a esta enfermedad. Se recomienda mantener la presión arterial por debajo de 140/80 mm Hg y un nivel de HbA<sub>1c</sub> menor de 6.5%.

El presente estudio evaluó el manejo de pacientes con diabetes tipo 2 en un centro de atención primaria, la determinación de metas, es decir de resultados clínicos, y su acuerdo con el paciente.

La investigación incluyó 123 enfermeras de un centro de salud; se utilizó un cuestionario para evaluar las características de la práctica profesional, la organización de revisiones anuales, la capacitación, los acuerdos establecidos con respecto al control y los resultados deseados, principalmente en lo que se refiere a los valores de presión arterial y de HbA<sub>1c</sub>.

El 99% de las personas evaluadas contestó el cuestionario; los niveles deseados para ambos parámetros en cuestión habían sido ya determinados en el 88% y el 89%, respectivamente. El 24% de las enfermeras que trataban pacientes con diabetes tipo 2 informaron haber acordado los parámetros deseados con la mayoría de las personas. El 35% de las profesionales de la salud no calculaban, rutinariamente, el riesgo de enfermedad isquémica cardíaca para los pacientes con diabetes, y aquellas que sí lo hacían eran las que generalmente habían determinado un nivel máximo a considerar en relación con la presión arterial. El 46% de las enfermeras realizaba el control anual de los pacientes sin asistencia de otro profesional, y se observó que en estos casos se acordaba con menor cantidad de pacientes que cuando la revisión se hacía junto con un médico.

Los autores consideran que éste es el primer estudio en evaluar los niveles máximos a tener en cuenta, tanto de presión arterial como de HbA<sub>1c</sub>, y los acuerdos establecidos en función de ambos, en un centro de atención primaria. Los resultados muestran que cada vez más enfermeras se encargan del manejo de pacientes con diabetes tipo 2, debido quizás a la tendencia a delegar este tipo de enfermedades crónicas en el servicio de enfermería.

Las enfermeras se organizaban de manera eficiente en relación con el registro de los pacientes diabéticos y su revisión anual. Sin embargo, no suelen establecer el riesgo de enfermedad isquémica cardíaca. Es probable que al equipo de salud le resulte difícil hacer participar a los pacientes y generar la adhesión a las recomendaciones establecidas para el grupo de población con esta patología, ya que principalmente los pacientes pueden elegir no cumplir con el tratamiento médico agresivo necesario para alcanzar las metas.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/dat044/05809007.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat044/05809007.htm)