

Una dieta para reducir la presión arterial también podría reducir el riesgo de gota

Paul S. Mueller, MD, MPH, FACP Revisando Rai SK y otros, BMJ 2017 9 de mayo; 357: j1794

Una dieta tipo DASH limita la ingesta de purina y tiene efectos uricosúricos.

La dieta Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) reduce la presión arterial y disminuye los niveles de ácido úrico en personas con hiperuricemia. Sin embargo, no está claro si la dieta DASH, rica en frutas, verduras, granos enteros y productos lácteos bajos en grasa y baja en sodio, bebidas azucaradas y carnes rojas y procesadas, reduce el riesgo de gota. Los investigadores usaron datos del Estudio de Seguimiento de Profesionales de la Salud para examinar asociaciones entre la dieta DASH y el riesgo de gota en 44.000 hombres sin gota al inicio que completaron cuestionarios de frecuencia de alimentos periódicamente. Las dietas fueron calificadas en base a su similitud con la dieta DASH o con una "dieta típica occidental" (por ejemplo, alta en carnes rojas y procesadas, papas fritas, granos refinados y dulces).

Durante 26 años de seguimiento, más de 1.700 participantes desarrollaron gota. Ajustado para múltiples variables (incluyendo el uso de diuréticos y la ingesta de alcohol), el riesgo de gota fue menor en el quintil más alto de la dieta DASH que en el quintil más bajo (riesgo relativo, 0,68). Por el contrario, el riesgo de gota fue mayor en el quintil más alto de la dieta occidental que en el más bajo (RR, 1,42).

Comentario: En este estudio, una dieta tipo DASH se asoció con un menor riesgo de gota; lo contrario se observó con la dieta occidental. Aunque la confusión residual es posible, estos resultados son biológicamente plausibles: La dieta DASH limita la ingesta de purina y tiene efectos uricosúricos, lo que puede resultar en un menor nivel de ácido úrico en la sangre.

La hipertensión de inicio temprano confiere mayor riesgo cardiovascular que la hipertensión de inicio tardío

Paul S. Mueller, MD, MPH, FACP Revisando Niranen TJ et al., BMJ 2017 12 de mayo; 357: j1949

La hipertensión de inicio temprano también se asocia con el exceso de riesgo de hipertensión.

Si la hipertensión de inicio precoz confiere más riesgo cardiovascular (CV) que la hipertensión de inicio tardío no está claro. En este estudio, los investigadores usaron datos de 3600 participantes de la comunidad en el Framingham Heart Study para determinar si la hipertensión de inicio temprano, en comparación con el inicio tardío, se asocia con la muerte CV. El riesgo de muerte CV fue significativamente mayor entre los que tenían hipertensión de inicio precoz (edad, <45) que entre aquellos sin hipertensión (odds ratio, 2,19). En particular, a medida que aumentaba la edad de inicio de la hipertensión, el riesgo disminuyó: por ejemplo, el inicio a la edad ≥ 65 otorgó un OR de 1,47 para la muerte CV.

En otro análisis, los investigadores examinaron las asociaciones entre la hipertensión en la primera generación de pacientes de la cohorte de Framingham y la hipertensión en su descendencia. Tener padres con hipertensión de inicio temprano (definida como edad, <55) se asoció con una incidencia excesiva de hipertensión, en comparación con tener padres no hipertensos (coeficiente de riesgo ajustado, 2,0 si uno de los padres y 3,5 si ambos padres). En contraste, la hipertensión de inicio tardío no se asoció con el exceso de incidencia en la descendencia.

Comentario: En este estudio, cuanto antes el inicio de la hipertensión, mayor es el riesgo de muerte CV - presumiblemente debido a los efectos acumulativos de la hipertensión. Los autores creen que estos resultados probablemente no están sesgados por las distintas terapias con fármacos antihipertensivos, dado que el tratamiento era poco común y los fármacos tenían una eficacia limitada durante los primeros 40 años del estudio. Además, la hipertensión de inicio temprano, pero no de aparición tardía, se asoció con el desarrollo de hipertensión en la descendencia, lo que sugiere un efecto genético. Los médicos deben considerar la edad de inicio de la hipertensión y sus efectos sobre el riesgo CV, y deben aconsejar a los pacientes con hipertensión de inicio temprano que sus hijos controlen sus cifras tensionales antes de desarrollar hipertensión.

Medicamentos basados en incretinas y mortalidad en pacientes con diabetes tipo 2

Paul S. Mueller, MD, MPH, FACP Revisar Liu J et al., BMJ 2017 Jun 8; 357: j2499

En un metanálisis, ni las gliptinas ni los agonistas del receptor de péptido-1 tipo glucagón conferían un exceso de riesgo para la muerte por todas las causas.

En un ensayo reciente, los pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular (CV) o factores de riesgo asignados al azar al inhibidor de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4) saxagliptina tuvieron un riesgo aumentado no estadísticamente significativo de mortalidad por todas las causas en comparación con los pacientes asignados al azar al placebo (4,9% frente a 4,2%, P = 0,15; NEJM JW Gen Med Oct 1 2013 y N Engl J Med 2013; 369: 1317). Este hallazgo motivó a los investigadores a realizar un metanálisis de los efectos del tratamiento basado en la incretina con inhibidores de la DPP-4 (gliptinas, por ejemplo, saxagliptina, sitagliptina, tomada por vía oral) y el péptido 1 similar al glucagón (GLP-1) agonistas del receptor (por ejemplo, exenatida, liraglutida, inyectadas) sobre el riesgo de muerte por todas las causas en más de 155.000 diabéticos de tipo 2. El análisis incluyó 189 ensayos financiados por la industria en los que se compararon gliptinas o agonistas de GLP-1 con placebo o fármacos antidiabéticos activos.

Durante 5 años, todas las causas de muertes por cada 1000 pacientes no difieren entre los que toman incretinas y los que toman tratamientos de control. Los análisis que ajustaron el riesgo basal para la enfermedad CV, el tipo de control, el modo de tratamiento (por ejemplo, monoterapia versus terapia de combinación) y la duración del seguimiento sugirieron que los agonistas de GLP-1, pero no los inhibidores de DPP-4, están asociados con menor riesgo de muerte por todas las causas.

Comentario: Los resultados de este gran metanálisis no mostraron asociación entre el tratamiento con inhibidores de la DPP-4 o agonistas de los receptores de GLP-1 y el exceso de mortalidad en pacientes con diabetes tipo 2. Estos resultados deben ser tranquilizadores para los médicos que prescriben estos fármacos y los pacientes que los utilizan.

Beber alcohol de 3 a 4 días por semana relacionado con el menor riesgo de diabetes

Por Amy Orclari Herman

El consumo moderado de alcohol durante varios días durante la semana se asocia con el menor riesgo de diabetes, según un estudio publicado en Diabetología.

Unos 70.000 adultos daneses sin diabetes completaron cuestionarios sobre sus hábitos de consumo y luego fueron seguidos durante una mediana de 5 años, durante los cuales el 2% desarrolló diabetes.

Los menores riesgos de diabetes fueron entre los hombres que informaron consumir 14 bebidas por semana y las mujeres que consumieron 9 bebidas por semana. Después del ajuste multivariable, los hombres que consumieron 7-13 bebidas o 14 o más bebidas durante 3-4 días semanales tuvieron riesgos 30-40% menores de diabetes que los que consumieron menos de 1 bebida semanal. Las mujeres que consumieron 1-6 bebidas o 7 o más bebidas durante 3-4 días vieron reducciones similares del riesgo.

Los investigadores señalan numerosas limitaciones del estudio, pero concluyen: "Nuestros resultados indican además que el consumo frecuente de alcohol está asociado con el menor riesgo de diabetes". Como un mecanismo potencial, señalan que los polifenoles en el vino tinto "pueden ejercer efectos beneficiosos sobre el control de la glucosa en la sangre ... reduciendo así el riesgo de diabetes tipo 2".

La discontinuación de la aspirina en los pacientes con enfermedad cardiovascular se asocia con mayor riesgo cardiovascular

CIRCULATION. 2017;136:1183-1192

Las guías recomiendan dosis bajas de aspirina para la prevención secundaria de la ECV, sin embargo, hay tasas de interrupción de hasta el 30% y el cumplimiento deficiente en hasta el 50% de los pacientes. La interrupción de la aspirina en la prevención secundaria se ha asociado con un mayor riesgo CV poco después de la interrupción. La interrupción de la aspirina es común cuando se produce sangrado o es necesario una cirugía mayor, sin embargo, en situaciones distintas de la cirugía o la hemorragia, no se conocen los efectos de la interrupción de la aspirina. Además, se está investigando el beneficio del uso de aspirina en la prevención primaria.

En este estudio se evaluaron las asociaciones de los patrones de persistencia del tratamiento con aspirina y la interrupción de la aspirina con el riesgo CV en una cohorte nacional de pacientes con terapia de aspirina a dosis bajas para prevención primaria y secundaria entre 2005 y 2009. Los pacientes elegibles fueron mayores de 40 años de edad, y tenían una adherencia $\geq 80\%$ durante el primer año de tratamiento, no tenían antecedentes de cáncer en la entrada al estudio y ningún evento cardiovascular o muerte durante el primer año de tratamiento con aspirina.

Durante una mediana de 3,0 años de seguimiento (rango: 0,002-3,5 años), correspondiente a 1.491.369 años-persona (PY) en riesgo, ocurrieron 62.690 eventos CV (tasa de incidencia: 42,0 por 1000 PY en riesgo). 19.978 PY fueron excluidos de los análisis debido a procedimientos quirúrgicos y eventos de sangrado mayor.

- Los pacientes con tratamiento persistente con aspirina tuvieron la menor incidencia de eventos CV. Los pacientes que habían interrumpido la aspirina tuvieron una tasa de eventos CV de 37% superior, lo que corresponde a un aumento absoluto del riesgo de 13,5 eventos por 1000 PY en riesgo. En promedio, 1 de cada 74 pacientes que suspendieron la aspirina tuvieron un evento cardiovascular adicional en 1 año.

- En los pacientes que recibieron aspirina para la prevención secundaria, la suspensión de la aspirina se asoció con una tasa de eventos cardiovasculares 46% mayor que la continuación de la aspirina, lo que corresponde a un aumento del riesgo absoluto de 28,0 por 1000 PY en riesgo o un evento CV adicional por año en 1 de cada 36 pacientes que suspendieron la aspirina.

- En pacientes que usaban aspirina probablemente para la prevención primaria, la interrupción de la aspirina se asoció con una tasa de eventos CV de 28% más alta que la continuación de la aspirina, un aumento del riesgo absoluto de 6,9 por 1000 PY en riesgo o un evento CV adicional al año en 1 de cada 146 pacientes que suspendieron la aspirina.

Conclusión:

La interrupción del uso de aspirina a largo plazo a dosis bajas para la prevención de ECV en ausencia de cirugía mayor o sangrado, se asoció con un riesgo CV aumentado > 30%, poco después de la interrupción. Estos hallazgos apoyan el uso de la aspirina en la prevención de ECV y justifican medidas adicionales para asegurar la persistencia del tratamiento en este contexto.

La actividad física se asocia con un riesgo reducido de mortalidad y de enfermedad cardiovascular en todas las regiones del mundo

LANCET 2017

El 70% de las muertes por ECV mundiales provienen de países de ingresos bajos y medios, donde es la causa más común de muerte. Muchos estudios de países de altos ingresos han informado de asociaciones inversas significativas de la actividad física con mortalidad y morbilidad por ECV, pero no hay suficientes datos sobre este tema de países de ingresos bajos y medios.

En este análisis de 130.843 participantes en el estudio PURE, se evaluó la asociación entre actividad física y riesgo de mortalidad y ECV en países de diferentes niveles económicos. También se evaluó si esta asociación difiere según el tipo de actividad física.

El estudio PURE incluye 168.916 participantes de:

- 3 países de ingresos altos (Canadá, Suecia, Emiratos Árabes Unidos)
- 7 países de ingresos medios altos (Argentina, Brasil, Chile, Polonia, Turquía, Malasia, Sudáfrica)
- 3 países de ingresos medios-bajos (China, Colombia, Irán)
- 4 países de bajos ingresos (Bangladesh, India, Pakistán, Zimbabwe)

La actividad física total de una semana se evaluó utilizando el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) de larga duración y se calculó como un total de ocupación, transporte, trabajo de casa y actividad recreativa informada en equivalentes metabólicos (MET) \times minutos por semana.

La actividad física total fue categorizada como:

- bajo (<600 MET \times minutos por semana)
- moderado (600-3000 MET \times minutos por semana)
- alto (> 3000 MET \times minutos por semana)

La actividad física que cumple las pautas actuales recomendada es ≥ 600 MET \times minutos por semana.

Los resultados clínicos primarios durante el seguimiento fueron mortalidad más enfermedad cardiovascular importante (mortalidad por ECV más IM incidente, accidente cerebro-vascular, o insuficiencia cardíaca), ya sea como compuesto o por separado.

Principales resultados:

En los modelos totalmente ajustados, el cumplimiento de las pautas de actividad física se asoció con una HR para la mortalidad más una ECV mayor de 0,78 (IC del 95%: 0,74-0,83; P < 0,0001), HR para la mortalidad de 0,72 (IC del 95%: 0,67-0,77; P < 0,0001), y una HR para CVD mayor de 0,80 (IC del 95%: 0,74-0,86; P < 0,0001).

- En los modelos completamente ajustados, la actividad física moderada y alta se asoció con menores HRs para la mortalidad más ECV mayor (P < 0,0001 para la tendencia), para la mortalidad (P < 0,0001 para la tendencia) y para CVD mayor (P = 0,0005 tendencia) comparada con aquellos con baja actividad física total.

- Una mayor actividad física también se asoció con menores HR en la mortalidad por ECV, mortalidad no CVD e IM.

- Las curvas de supervivencia para la actividad física baja, moderada y alta para los 3 resultados primarios de mortalidad más ECV mayores, mortalidad y ECV mayor, indicaron un riesgo menor a medida que aumentaba la actividad física (p < 0,0001).

- El aumento de la actividad física se asoció con un riesgo de mortalidad significativamente menor bajo y una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares en países de ingresos medios altos y países de bajos ingresos, mortalidad en países de ingresos medio-altos, países de ingresos medios bajos y países de bajos ingresos, y las principales enfermedades cardiovasculares en los países de ingresos medios altos y los países de bajos ingresos.

- Cuando se estratificó según el nivel de ingreso del país, hubo una interacción significativa entre el nivel de ingreso del país y actividad física para la actividad física total (P = 0,0012) y recreativa (P = 0,0063), de modo que los países de ingresos altos y medianos tenían un menor riesgo con el aumento de la actividad física. Esto fue menos claro para la actividad física no recreativa (P = 0,63).

Conclusión:

La actividad física está asociada con un menor riesgo de mortalidad y eventos cardiovasculares mayores, independientemente del tipo de actividad física y otros factores de riesgo, en todas las principales regiones del mundo y en los diferentes niveles económicos del país. Estos resultados muestran que la actividad física es un enfoque global de bajo costo para reducir las muertes y las ECV, que apoya las intervenciones de salud pública para aumentar todas las formas de actividad física en países de diferentes circunstancias socioeconómicas.

Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos +

La SAHTA en las Redes Sociales
Sigue todas las actividades y novedades de la Sociedad en:

28° SAHTA
Congreso médico | 16ª JORNADAS DE ENFERMERÍA
13ª JORNADAS DE FARMACÉUTICOS

SAHTA SEVILLA
8, 9 y 10 de noviembre 2018
Hotel Sevilla Center



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY
European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice
- Download Documents -

PLANCUÍDATE+
-SAL = +SALUD

