

Artículo especial

Selección de temas de actualidad en riesgo vascular y rehabilitación cardiaca 2015



Vascular Risk and Cardiac Rehabilitation 2015: A Selection of Topical Issues

Almudena Castro Conde^{a,*}, Domingo Marzal Martín^b, Regina Dalmau González-Gallarza^c, Vicente Arrarte Esteban^d, Miren Morillas Bueno^e, Xavier García-Moll Marimón^f, Alejandro Berenguel Senén^g, Nekane Murga^h y Manuel Abeytuaⁱ

^a Servicio de Cardiología, Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Mérida, Mérida, Badajoz, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^d Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^e Servicio de Cardiología, Hospital Osakidetza, Barakaldo, Vizcaya, España

^f Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^g Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

^h Servicio de Cardiología, Sección de Cardiología Clínica, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

ⁱ Servicio de Cardiología, Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Historia del artículo:

On-line el 12 de enero de 2016

DIETA

El interés de la nutrición en prevención cardiovascular (CV) se centra en la dieta mediterránea, de la que, con un altísimo nivel de evidencia científica, se ha demostrado una reducción del 30% de las complicaciones CV graves y la mortalidad total de sujetos con alto riesgo CV, según muestra el estudio PREDIMED¹.

Estos resultados no se explican exclusivamente por el efecto beneficioso en los factores de riesgo clásicos (perfil lipídico, hipertensión, perímetro de cintura, obesidad, resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2 [DM2], ateromatosis carotídea)², sino por el control adicional de factores de riesgo emergentes (subestudios PREDIMED). Los antioxidantes, las moléculas antiinflamatorias y los polifenoles³ mejoran la función endotelial y la síntesis de óxido nítrico y reducen la trombosis. La epigenética subraya el concepto de la modulación nutrigenómica⁴ implicada en la oxidación de lipoproteínas de baja densidad y en la trigliceridemia posprandial, determinando diferentes fenotipos de dislipemia intermedios y finales⁵. La dieta mediterránea es paradigma sostenible de prevención CV⁶. Pese a tener cerca esta dieta, el dato disponible es que más del 60% de la población española con alto riesgo CV se encuentra afectada de obesidad, que en fases avanzadas reduce la esperanza de vida 10 años por mortalidad CV, mortalidad total y cáncer⁷.

EJERCICIO FÍSICO

La importancia de practicar ejercicio físico es cada vez más contundente, no solo para la prevención de eventos isquémicos en sujetos con factores de riesgo CV, sino también para prevenir el desarrollo de insuficiencia cardíaca⁸. Sin embargo, empiezan a

aparecer estudios que responden a la pregunta sobre si existe curva en J en el ejercicio físico. Un estudio publicado recientemente⁹, con más de 1 millón de mujeres y seguimiento de 9 años, describe que 49.113 mujeres tuvieron un primer evento coronario; 17.822, un primer evento cerebrovascular y 14.550, un primer evento tromboembólico venoso. En comparación con las mujeres inactivas, las que declararon actividad moderada tenían un riesgo significativamente más bajo de las 3 condiciones ($p < 0,001$ para cada uno). Sin embargo, las mujeres que realizaban actividad física extenuante tuvieron mayor riesgo de eventos coronarios ($p = 0,002$), enfermedad cerebrovascular ($p < 0,001$) y eventos tromboembólicos venosos ($p < 0,001$) que las que hacían actividad moderada. Por lo tanto, parece que sí puede existir una curva en J también con el ejercicio físico.

Son cada vez más numerosas las iniciativas que promueven el «estilo de vida activo y cardiosaludable» precozmente, incluso entre la población infantil en las escuelas¹⁰.

TABACO

El tabaquismo sigue siendo la principal causa de muerte prevenible y el principal problema de salud pública. Según datos del Eurobarómetro 2015, la prevalencia de tabaquismo en España es del 29% (el 35% en varones y el 25% en mujeres), ligeramente superior al 26% de la media europea.

En 2014 se publicó la última revisión de «El tabaquismo y la salud: Informe del Comité Asesor de la Dirección General de Servicios de Salud Pública»; en él se recogen evidencias nuevas sobre el impacto del tabaquismo en la degeneración macular relacionada con la edad, la DM2 (riesgo un 30–40% mayor para los fumadores), cáncer colorrectal y de hígado, tuberculosis pulmonar, disfunción eréctil, hendiduras orofaciales en hijos de fumadoras, embarazo ectópico, artritis reumatoide, inflamación y deterioro de la función inmunitaria. Además, se atribuye a la exposición pasiva al humo un aumento de un 20–30% del riesgo de accidente cerebrovascular, además del riesgo de infarto agudo de miocardio, cáncer de pulmón, procesos respiratorios agudos y muerte súbita del lactante¹¹.

En una amplia serie prospectiva para evaluar los efectos del tabaquismo y el cese tabáquico en una cohorte de más de 200.000

* Autor para correspondencia: Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, P.º de la Castellana 261, 28046 Madrid, España.
Correo electrónico: almudenacastroconde@yahoo.es (A. Castro Conde).

Full English text available from: www.revvespcardiol.org/en

Abreviaturas

CV: cardiovascular
 cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad
 DM: diabetes mellitus
 SCA: síndrome coronario agudo

adultos estadounidenses¹², se describe que la mortalidad por cualquier causa es 3 veces mayor entre los fumadores que para los que nunca han fumado, con un acortamiento de la esperanza de vida de más de 10 años, fundamentalmente por neoplasias y enfermedades respiratorias y CV. El cese antes de los 40 años reduce el riesgo de muerte atribuible al tabaco en 90%.

Un aspecto que ha suscitado un enorme debate social, y cierta división de opiniones dentro del colectivo sanitario, es el del cigarrillo electrónico. Quienes defendían sus bondades como estrategia de prevención o de reducción de riesgos han tenido que enfrentarse al principio de precaución expresado por la Organización Mundial de la Salud, las principales sociedades científicas, incluida la Sociedad Española de Cardiología, y el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. No existe evidencia sólida que confirme que el cigarrillo electrónico sea una estrategia eficaz para dejar de fumar¹³, persisten dudas sobre su seguridad a largo plazo y, sobre todo, desde el punto de vista de la salud pública, preocupa que el cigarrillo electrónico se convierta en una puerta de entrada a la adicción a la nicotina. Por todo ello, y ante la existencia de estrategias que sí han demostrado seguridad y eficacia, de momento no se debería recomendar a los pacientes el cigarrillo electrónico para dejar de fumar¹⁴.

En cuanto al impacto del tabaquismo en la morbimortalidad CV de los diabéticos, una revisión sistemática atribuye a los que son fumadores una mortalidad CV hasta un 50% mayor, con una reducción significativa en los que consiguen el cese¹⁵.

El Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto en la salud pública de la Ley 42/2010 recoge los beneficios de esta en salud pública: reducción de la prevalencia de fumadores diarios (del 26,2% en 2009 al 24,0% en 2011), reducción del 90% en la contaminación por nicotina y partículas finas en lugares de ocio, reducción de las tasas de ingreso por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica y asma. En el caso del infarto agudo de miocardio en población mayor de 24 años, se observan 2 descensos en las tasas de ingresos en los años de aplicación de la ley (2006) y su modificación (2011), de aproximadamente un 4% cada uno en varones, y una destacable reducción general entre 2005 y 2011 en ambos sexos (figura 1).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Recientemente se ha publicado una actualización del tratamiento para los pacientes con enfermedad coronaria, con la recomendación de incluir el correcto manejo de los demás factores de riesgo como tratamiento de la hipertensión, especialmente en el paciente con insuficiencia cardiaca, elegir el tratamiento antihipertensivo principal individualizado según la enfermedad concomitante y mantener los objetivos terapéuticos de presión arterial sistólica por debajo de 140/90 mmHg. En algunos casos seleccionados, se podría recomendar valores < 130/80 mmHg, siempre con reducción lenta de las cifras de presión arterial con el tratamiento médico. Para los octogenarios con ortostatismo, no se debe plantear objetivos tan bajos¹⁶.

Los nuevos ensayos clínicos presentados en el Congreso Europeo de Cardiología 2015 han demostrado la eficacia de la espironolactona por encima de la doxazosina o del bisoprolol en

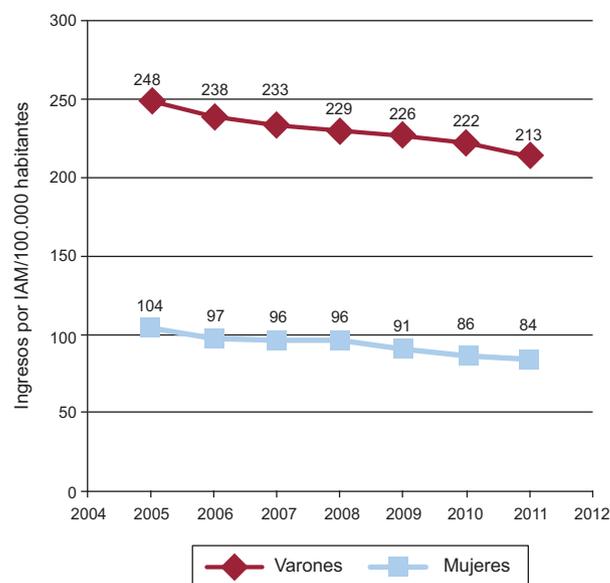


Figura 1. Evolución de la tasa de ingresos por infarto agudo de miocardio/100.000 habitantes ajustada por sexo y edad. IAM: infarto agudo de miocardio. Datos extraídos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>.

la hipertensión arterial resistente, definida como la no controlada a pesar del tratamiento con dosis máximas toleradas de 3 medicamentos antihipertensivos (inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina/antagonistas del receptor de la angiotensina II, antagonistas del calcio y tiacidas) en el ensayo PATHWAY-2¹⁷ (tabla 1). El ensayo PATHWAY-3 demostró que la combinación de 2 diuréticos, amilorida e hidroclorotiazida, se tradujo en una reducción significativa de la presión arterial mayor que con cada fármaco utilizado solo, y tuvo un efecto beneficioso en el metabolismo glucídico y la concentración de potasio¹⁸. Por lo tanto, el tratamiento efectivo de la hipertensión arterial puede ser realmente barato según la evidencia actual.

LÍPIDOS

En el ámbito de los lípidos, destacan la publicación de los resultados del estudio IMPROVE-IT¹⁹ y los nuevos datos de eficacia, seguridad y eventos CV de los inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) que surgen de los estudios ODYSSEY LONG TERM²⁰ y OSLER²¹.

El estudio IMPROVE-IT evaluó la utilidad de la ezetimiba en pacientes tratados con estatinas tras un síndrome coronario agudo (SCA). Se aleatorizó a 18.144 pacientes a recibir simvastatina en monoterapia o simvastatina y ezetimiba, con una media de

Tabla 1
Objetivo primario del estudio PATHWAY 2

	Diferencia en PAS (casa) (mmHg)	p
Espironolactona frente a placebo	-8,70	< 0,001
Espironolactona frente a doxazosina/bisoprolol	-4,26	< 0,001
Espironolactona frente a doxazosina	-4,03	< 0,001
Espironolactona frente a bisoprolol	-4,48	< 0,001

PAS: presión arterial sistólica.

*Diferencia en la presión arterial sistólica (tomada en casa) y comparadores (n = 314).

Datos extraídos de Williams et al¹⁷.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012743>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012743>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)