

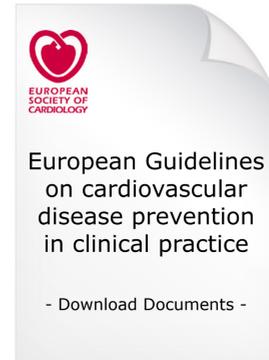
La depresión debe ser considerada oficialmente como un factor de riesgo para resultados adversos después de un síndrome coronario agudo.

Circulation 2014

La Asociación Americana del Corazón debe considerar la depresión como un factor de riesgo para resultados adversos tras síndromes coronarios agudos (SCA), según una declaración científica efectuada por un comité de la AHA.

El comunicado, publicado en *Circulation*, incluyó una revisión de 53 estudios que evalúan el pronóstico tras SCA. Los autores reconocen la heterogeneidad entre los estudios, pero llegan a la conclusión de que "la preponderancia de la evidencia" apunta a la depresión como factor de riesgo para la mortalidad por todas las causas, la mortalidad cardíaca, y la combinación de mortalidad por todas las causas y los eventos cardíacos no fatales después de un SCA.

Ellos escriben: "No hay todavía ninguna evidencia sólida de que el tratamiento de la depresión mejora la supervivencia después de un SCA, sin embargo, la depresión se asocia con peores resultados clínicos, y la depresión severa o persistente es una razón suficiente para considerar la evaluación y el tratamiento más amplio de estos pacientes por un especialista en salud mental".



Incluso la prehipertensión parece que se asocia con mayor riesgo de accidente cerebrovascular.

Neurology 2014

La prehipertensión se asocia con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, incluso después de controlar por otros factores de riesgo cardiovascular, según un nuevo metaanálisis publicado en la revista *Neurology*.

En 19 estudios prospectivos de cohorte que incluyen más de 750 mil personas, 25% a 54% de los participantes tenían prehipertensión - una lectura de presión arterial de 120-139/80-89 mm Hg. Tras el ajuste multivariable, la prehipertensión se asoció con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, en comparación con la PA óptima (riesgo relativo, 1,66). Niveles de PA en el rango más alto de la prehipertensión (presión arterial sistólica 130-139) se asociaron con un mayor riesgo que los niveles en el extremo inferior, pero incluso TA sistólica en los 120 llevan un mayor riesgo de accidente cerebrovascular.

Los autores recomiendan la intervención con modificación del estilo de vida para los pacientes con prehipertensión. Dicen que en los futuros ensayos se deberían evaluar también los tratamientos farmacológicos en pacientes de alto riesgo, como las personas con prehipertensión de alto rango, junto con otros factores de riesgo.

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.

PLAN CUÍDATE+ -SAL = +SALUD



Cinco autores del JNC8, rechazan el cambio en la presión arterial sistólica objetivo en el tratamiento de la Hipertensión.

(Allan S. Brett, et al. Reviewing James PA et al. JAMA . Weber MA et al. J Clin Hypertens (Greenwich) 2013 Dec 17.)

Jackson T. Et al. Evidence Supporting a Systolic Blood Pressure Goal of Less Than 150 mm Hg in Patients Aged 60 Years or Older: The Minority View. Ann Intern Med. Published online 14 January 2014.

Cinco de los 17 autores de las nuevas guías de hipertensión, del octavo informe del Comité Nacional Conjunto (JNC 8), no están de acuerdo con el nuevo objetivo de presión arterial sistólica de 150 mmHg o por debajo, en los adultos de 60 años o más. Anteriormente, este objetivo fue de 140 mmHg.

Escribiendo en la revista *Annals of Internal Medicine*, los autores argumentan que la evidencia era insuficiente para apoyar el cambio. Además, el 82% de los adultos mayores con hipertensión están recibiendo tratamiento, y la presión arterial sistólica media de los atendidos es de 136 mm Hg. "Si vamos al objetivo de presión arterial más alta, eso significaría potencialmente dar marcha atrás en la terapia en más de la mitad de los pacientes que se encuentran ya por debajo de 140", dijo uno de los disidentes en una entrevista.

Los autores también señalan que el objetivo revisado podría revertir los logros en materia de salud pública, ya que tanto la enfermedad coronaria y mortalidad por accidente cerebrovascular han disminuido a medida que la presión arterial ha disminuido. Por último, dicen que un objetivo de 140 mm Hg sería coherente con las directrices de Europa, Canadá, el Colegio Americano de Cardiología de la Fundación / Asociación Americana del Corazón y la Sociedad Americana de Hipertensión / Sociedad Internacional de Hipertensión.

¿Cuan estrictos debemos ser al bajar la presión arterial?

Reboldi G et al., Hypertension 2014 Mar 63:475.

Un análisis post-hoc del ensayo Cardio-Sis sugiere un beneficio de la disminución de la presión arterial (PA) a <130 mm Hg, si un paciente es no diabético inicialmente e hipertenso con enfermedad cardiovascular.

La suposición de que los pacientes de alto riesgo se benefician de la presión arterial estrictamente controlada ha sido ampliamente discutido. Para aclarar dicho término, los investigadores evaluaron el valor pronóstico del control estricto (<130 mmHg) y el control estándar (<140 mmHg) de presión arterial sistólica en los pacientes no diabéticos, hipertensos inicialmente con o sin enfermedad cardiovascular basal, que habían sido asignados al azar a uno de los dos métodos de control de la PA en el estudio Cardio -Sis patrocinado por la industria (NEJM JW Gen Med 27 de agosto 2009). El tratamiento antihipertensivo fue abierto y adaptado individualmente.

Al inicio del estudio, dentro de cada grupo al azar, la presión arterial no difirió significativamente entre los pacientes con enfermedad cardiovascular y los que no tienen enfermedades cardiovasculares. No es sorprendente que la PA sistólica se redujo en mayor medida en el grupo asignado al azar a un control estricto de la PA. La incidencia de la variable principal - evidencia electrocardiográfica de hipertrofia ventricular izquierda a los 2 años - fue significativamente menor con el control estricto que con la estrategia de control estándar tanto en la enfermedad cardiovascular (4,2 % vs 13,8 %) y no -CVD (5,6 % vs 9,6 %) en ambos subgrupos, al igual que la incidencia de la variable secundaria, un compuesto de eventos cardiovasculares y todas las causas de muerte. De acuerdo con un modelo multivariable, el control estricto de la PA reduce el riesgo de eventos cardiovasculares en un grado similar en los subgrupos de ECV y de no ECV como objetivos primarios.

Comentario
En este análisis post hoc del ensayo Cardio-Sis, una estrategia antihipertensiva de bajar la presión arterial sistólica <130 mmHg para reducir los riesgos de hipertrofia ventricular izquierda y los pobres resultados clínicos en los pacientes no diabéticos, hipertensos inicialmente, si tenían o no enfermedad cardiovascular al inicio del estudio. Las conclusiones no solo se basan en observaciones, sino que también están en desacuerdo con los resultados de otros estudios, así como recomendaciones de JNC 8 para objetivos relajados presión arterial de < 140/90 mmHg y <150/90 mm Hg en los pacientes más jóvenes y de mayor edad, respectivamente (NEJM JW Gen Med 24 de diciembre 2013).

Los diuréticos y estatinas están asociadas con la diabetes de reciente comienzo.

Shen L et al, BMJ 2013 09 de diciembre; 347:f6745

Estas drogas y no los β -bloqueantes o bloqueadores de los canales de calcio, fueron asociados con la diabetes de nueva aparición en los pacientes con intolerancia a la glucosa.

La evidencia sugiere que el uso de β -bloqueantes, diuréticos o estatinas, aumenta el riesgo de diabetes de nueva aparición. En este nuevo análisis de los datos del ensayo NAVIGATOR controlado aleatorizado (NEJM JW Cardiol. 14 de marzo 2010), los investigadores evaluaron si los β -bloqueantes, diuréticos tiazídicos, estatinas, o bloqueantes de los canales del calcio (BCC) utilizados en más de 9.300 pacientes con intolerancia a la glucosa y factores de riesgo cardiovascular, se asoció con la aparición de diabetes.

Durante una mediana de seguimiento de 5 años, los β -bloqueantes, diuréticos tiazídicos, las estatinas y los BCC se iniciaron cada uno en aproximadamente el 20% de los pacientes que no habían sido expuestos a estos fármacos con anterioridad. Después de ajustar por múltiples variables, el riesgo de diabetes de nuevo inicio fue significativamente mayor en los pacientes que iniciaron diuréticos (HR = 1,2) o estatinas (HR = 1,5) que en los pacientes que no fueron tratados con diuréticos o estatinas, respectivamente. El número necesario para la aparición de un diabético de diuréticos fue de 17 y para las estatinas fue de 12. El riesgo de diabetes de nueva aparición no varió entre los pacientes que iniciaron los β -bloqueante o BCC.

Comentario
En este estudio, los diuréticos tiazídicos y estatinas, pero no β -bloqueantes y bloqueantes de los canales de calcio, fueron asociadas con el exceso de riesgo de diabetes de nueva aparición en pacientes con intolerancia a la glucosa y factores de riesgo cardiovascular. Los autores recomiendan que la glucemia puede controlar cuando se inician estos fármacos en pacientes con alto riesgo. Aunque la confusión es posible teniendo en cuenta el diseño del estudio, otros estudios que relacionan el uso de estatinas (NEJM JW Gen Med 19 de julio 2011) y uso de diurético y β -bloqueante (NEJM JW Gen Med 30 mayo 2006) con diabetes de nueva aparición. Sin embargo, los beneficios de estos fármacos probablemente superan a este riesgo, en pacientes seleccionados.