

Eficacia y seguridad de apixaban en pacientes sometidos a cardioversión por fibrilación auricular: datos del estudio ARISTOTELES.

Greg Flaker, et al. JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY (2013)

Objetivos: Determinar el riesgo de eventos clínicos y tromboembólicos después de la cardioversión de la fibrilación auricular en los pacientes tratados con apixaban, un inhibidor oral del factor Xa en comparación con la warfarina.

Antecedentes: En los pacientes con fibrilación auricular (FA), los eventos tromboembólicos se pueden producir después de la cardioversión. Este riesgo se reduce con antagonistas de la vitamina K y dabigatrán.

Métodos: se utilizaron datos del estudio Aristóteles, donde se realizó un análisis post-hoc de los pacientes con FA sometidos a cardioversión.

RESULTADOS: Un total de 743 cardioversiones en 540 pacientes se realizaron: 265 cardioversiones en los pacientes asignados a apixaban y 275 en los que recibieron warfarina. El tiempo medio hasta la primera cardioversión para los pacientes asignados a la warfarina y apixaban fue de 243 + 251 + 231 y 248 días, respectivamente; 75 % de las cardioversiones se produjeron en < 1 año. Las características basales fueron similares entre los grupos. En los pacientes sometidos a cardioversión, ningún accidente cerebrovascular o embolia sistémica ocurrió en el período de 30 días de seguimiento. Un IAM ocurrió en 1 paciente (0,2 %) que recibía warfarina y 1 que recibió apixaban (0,3 %). La hemorragia mayor ocurrió en 1 paciente (0,2 %) que recibía warfarina y 1 receptor de apixaban (0,3 %). La muerte ocurrió en 2 pacientes (0,5 %) que recibían warfarina y 2 pacientes tratados con apixaban (0,6 %).

CONCLUSIONES: los eventos cardiovasculares mayores después de la cardioversión de la FA son poco comunes y comparables entre warfarina y apixaban.

Un ensayo controlado aleatorio de la actividad de las plaquetas antes y después de la interrupción del tratamiento con clopidogrel en pacientes con enfermedad cardiovascular estable.

Isobel Ford, Neil W Scott, Vera Herd, Louise R Mitchell, David Jp Williams, Julie Britten-den. JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY (2013)

OBJETIVOS: El objetivo de este ensayo aleatorio controlado con placebo fue determinar si la retirada de la terapia con clopidogrel da lugar a una mayor actividad de las plaquetas en comparación con los valores previos al tratamiento en pacientes con arteriopatía coronaria estable o enfermedad arterial periférica.

Antecedentes: se ha observado un aumento de los eventos cardiovasculares tras el cese del tratamiento con clopidogrel lo que ha suscitado preocupación por la posible existencia de un repunte en la actividad de las plaquetas.

Métodos: 171 pacientes en tratamiento con aspirina fueron asignados al azar para recibir placebo o clopidogrel (75 mg al día) durante 28 días. Las muestras de sangre se tomaron al inicio de pre-tratamiento, en el tratamiento justo antes de la interrupción del fármaco del estudio, y en los días 7, 14 y 28 después de la interrupción. La medida de resultado primaria fue unión al ADP del fibrinógeno plaquetario. Se evaluaron seis medidas de resultado secundarias: ADP-estimulado plaquetas, P-selectina plaquetaria estimulada por unión del fibrinógeno, agregometría por transmisión de luz con ADP 10µM 5µM y registrada al máximo y en seis minutos.

RESULTADOS: el ADP estimulado por fibrinógeno plaquetario vinculante, la expresión de P-selectina, y la agregación de plaquetas fueron más bajas en el tratamiento con clopidogrel en comparación con la línea base (p < 0,0001), pero volvió a los niveles de referencia siete días después de la interrupción. Análisis de modelos mixtos excluyendo el punto de tiempo en el tratamiento no mostraron diferencias generales entre el clopidogrel y el grupo placebo (p > 0,05). Además no había evidencia de una interacción entre la inhibición de plaquetas en el tiempo y la asignación del tratamiento.

CONCLUSIONES: El presente estudio no encontró ninguna evidencia de repunte de la actividad de plaquetas por encima de la línea de base después de dejar de tomar el clopidogrel en pacientes con cardiopatía isquémica estable o PAD.

La terapia de combinación de dosis fija para el riesgo cardiovascular mejora la adherencia

Thom S et al. Efectos de una estrategia de combinación de dosis fija de adhesión y factores de riesgo en pacientes con o en alto riesgo de enfermedad cardiovascular: Ensayo clínico aleatorizado. JAMA 2013 04 de septiembre ; 310:918. JAMA 2013 04 de septiembre, 310:918

Sin embargo, las reducciones asociadas en la presión arterial sistólica y el colesterol LDL fueron modestos.

¿La terapia de combinación de dosis fija (FDC) (o polipíldora) mejora la adherencia a múltiples tratamientos farmacológicos conocidos para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV)?

Los investigadores examinaron esta cuestión en un ensayo aleatorizado de 2.000 adultos en la India y Europa (edad media 62 años; la mayoría hombres) con o en alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Los pacientes recibieron una de dos formas de terapia FDC (a elección del médico) o la continuación de la atención habitual.

Alrededor del 60 % de los pacientes FDC recibió una polipíldora que contienen aspirina (75 mg), simvastatina (40 mg), lisinopril (10 mg), y atenolol (50 mg), y el resto recibió una polipíldora similar que contiene hidroclorotiazida (12,5 mg) en lugar de atenolol. Los investigadores podían parar, agregar o cambiar los medicamentos si era necesario. Los pacientes recibieron medicación FDC sin costo, mientras que los pacientes pagan por los medicamentos de control como de costumbre. Con una mediana de seguimiento de 15 meses, la adherencia autoreportada a la medicación prescrita fue significativamente mejor en el grupo de intervención, que en el grupo control (86% vs 65%), con la correspondiente reducción en la presión arterial sistólica (diferencia media de 2,6 MmHg) y LDL colesterol (4,2 mg/dl). Los beneficios fueron mayores en los pacientes con baja adherencia al inicio del estudio. No se observaron diferencias significativas en los eventos adversos ni en los principales eventos cardiovasculares.

Comentario

¿El grupo polipíldora muestran una mejor adherencia porque los participantes sólo tenían que tomar una píldora en lugar de varias? No podemos concluir dicha adherencia a partir de este estudio, ya que la polipíldora es gratuita, mientras que los pacientes del grupo control tuvieron que pagar por los medicamentos. Además, las reducciones en la presión arterial sistólica y el colesterol LDL fueron modestos en el mejor. Los eventos cardiovasculares fueron muy pocos para evaluar el valor clínico de este enfoque.

¿La contaminación atmosférica aumenta el riesgo de insuficiencia cardíaca aguda?

Revisión ASV Shah et al. Asociación Global de la contaminación atmosférica y la insuficiencia cardíaca : una revisión sistemática y meta-análisis. Lancet 2013 Jul 10.

Ciertos tipos de contaminación del aire tienen una asociación temporal significativa con la hospitalización y la mortalidad relacionada con la insuficiencia cardíaca.

La contaminación del aire se ha asociado con un mayor riesgo de infarto de miocardio (JAMA 2012; 307:713). Para evaluar su potencial asociación con el riesgo para la insuficiencia cardíaca aguda (IC), los investigadores revisaron sistemáticamente la literatura y finalmente identificaron 35 estudios relevantes en 12 países, publicados entre 1995 y 2010. Los 35 estudios de seguimiento de los niveles de determinados contaminantes atmosféricos (gases y partículas) y las tasas de hospitalización y mortalidad por IC. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios para estimar el riesgo total de cada contaminante.

El riesgo de hospitalización por IC o muerte fue temporal y se asoció significativamente con la exposición a monóxido de carbono (3,5% mayor riesgo por 1 parte por millón), dióxido de azufre (2,4% mayor riesgo por 10 partes por mil millones), y dióxido de nitrógeno (1,7% mayor riesgo por 10 partes por mil millones) - pero no con la situación de la capa de ozono. Los aumentos en las concentraciones de partículas también se asoció significativamente con el riesgo de hospitalización o muerte relacionada con HF (del 1,6% al 2,1% mayor riesgo por 10 g/m3, en función del tamaño de las partículas), predominantemente en el día de la exposición. La reducción media de 3,9 g/m3 de partículas que tienen un diámetro <2,5 micras (PM2.5), se estimó para prevenir casi 8.000 hospitalizaciones relacionadas con IC y ahorrar alrededor de \$US 300 millones al año.

Comentario

Estos datos muestran que la contaminación atmosférica tiene una fuerte asociación temporal con la hospitalización y la muerte relacionada con la insuficiencia cardíaca. Treinta y cuatro de los 35 estudios analizados se realizaron en países desarrollados, donde incluso pequeñas mejoras en la calidad del aire puedan tener efectos importantes sobre los costes sanitarios y de salud de la población. Todavía necesitamos más estudios de países en desarrollo, donde las ciudades a menudo tienen niveles de PM2.5 hasta 10 veces superior a los Estándares de Calidad Ambiental Nacional Aérea de Estados Unidos lo permitan. La calidad del aire debe seguir siendo un objetivo clave para la política de salud mundial y la investigación.

El tratamiento de la apnea obstructiva del sueño en pacientes con hipertensión resistente

Pedrosa RP et al, Efectos del tratamiento de la SAO en la PA, en pacientes con hipertensión resistente, un ensayo aleatorio. Chest noviembre 2013; 144:1487.

En este ensayo aleatorizado, la presión positiva continua de la vía aérea disminuyó la presión arterial ambulatoria diurna.

Muchos pacientes con hipertensión resistente tienen apnea obstructiva del sueño (SAO). Para determinar si el tratamiento de la SAO mejora la presión arterial (PA), los investigadores randomizaron en Brasil, al azar 40 pacientes con hipertensión resistente y SAO para recibir tratamiento médico, solo o tratamiento médico más la presión positiva continua (CPAP).

Todos los pacientes habían controlado inadecuadamente BP (media de 162/97 mm Hg) a pesar de tomar por lo menos tres fármacos antihipertensivos, y todos tenían índices de apnea/hipopnea ≥ 15 horas (media: 29/hora).

Se realizó monitorización ambulatoria de veinticuatro horas a los 6 meses (en comparación con la basal) mostrándose que la presión sistólica media durante el día y la presión diastólica media aumentó por 3 mmHg y 2 mmHg, respectivamente en el grupo de control y se redujo en 7 mmHg y 5 mmHg en el grupo de CPAP, siendo las diferencias significativas. No se observaron diferencias en la PA nocturna entre los grupos. Los regímenes de fármacos antihipertensivos no se modificaron durante el seguimiento. La CPAP se utilizó un promedio de 6 horas cada noche.

Comentario

Según los autores, este es el primer ensayo aleatorizado en el que se examinó el efecto del tratamiento de la apnea obstructiva del sueño en la hipertensión resistente específicamente. Aunque los resultados son prometedores, el seguimiento fue relativamente breve, el estudio fue pequeño y la adhesión a la presión positiva continua de las vías respiratorias fue mayor de lo que normalmente se observa en la práctica, ya que el efecto se limitó a la presión arterial durante el día.

