

Incluso el fumar poco, está vinculado al aumento del riesgo de mortalidad

Harlan M. Et al. N Engl J Med 2016 Sep 16

Las personas que constantemente fuman menos de un cigarrillo al día (pero más de cero) todavía tienen un mayor riesgo de mortalidad que aquellos que nunca han fumado, de acuerdo con un estudio de JAMA en Medicina Interna.

Aproximadamente 300.000 adultos de entre 59 y 82 años completaron cuestionarios sobre sus historias de fumadores de por vida. Durante un seguimiento medio de 6,6 años, el 13% de los participantes fallecieron. En comparación con las personas que nunca fumaron, los que informaron fumar consistentemente menos de 1 ó 1-10 cigarrillos al día tenían mayores riesgos de mortalidad por todas las causas (cociente de riesgo, 1.64 y 1.87). Las personas que fumaban a estos niveles pero que dejaban de fumar todavía tenían riesgos de mortalidad elevados en relación con los que nunca fumaban, pero los riesgos eran menores que los de los fumadores actuales de baja intensidad.

Los autores concluyen: "Estos hallazgos proporcionan evidencia adicional de que no hay un nivel seguro de fumar cigarrillos." Todos los fumadores deben ser objetivo de dejar de fumar, independientemente de la cantidad de cigarrillos que fuman por día".

PCSK9 y HMGCR variantes genéticas y riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes

Karol E. Watson, MD, PhD, FACC Revisando Ference BA et al., N Engl J Med 2016 Dec 1; 375: 2144

La reducción del riesgo cardiovascular y el aumento del riesgo de diabetes fueron similares para variantes genéticas que imitan el efecto de los inhibidores de PCSK9 y los que imitan los efectos de las estatinas.

Los inhibidores de la pro-proteína convertasa subtilisina-kexina tipo 9 (PCSK9) disminuyen drásticamente los niveles de colesterol LDL (LDL-c), pero si estas disminuciones afectan a los riesgos cardiovasculares o de padecer diabetes sigue siendo desconocida. Para comprender mejor, los investigadores examinaron datos de 112.772 participantes previamente genotipados de 14 estudios. Los autores crearon un algoritmo que anotó el número de variantes genéticas PCSK9 y HMGCR (imitando el efecto de los inhibidores de PCSK9 y estatinas, respectivamente) y agrupó a los participantes por estas puntuaciones. Compararon los efectos de niveles más bajos de LDL-c, mediados por estas variantes y los riesgos de eventos cardiovasculares (un compuesto de infarto de miocardio y muerte por enfermedad coronaria) y de diabetes.

Las variantes PCSK9 y HMGCR se asociaron con una reducción de aproximadamente un 20% en el riesgo de eventos cardiovasculares por disminución de 10 mg/ dl en el nivel de c-LDL. Las variantes de ambos genes también se asociaron con un aumento en el riesgo de diabetes: un 11% para los polimorfismos PCSK9 y un 13% para los polimorfismos HMGCR por 10 mg/ dl de disminución en el nivel de LDL-c. El aumento del riesgo de diabetes se limitó a las personas con alteración de la glucosa en ayunas. La presencia de ambos tipos de variantes tuvo efectos aditivos sobre los riesgos tanto de eventos cardiovasculares como de diabetes.

Comentario: Las variantes de PCSK9 tuvieron aproximadamente el mismo efecto que las variantes de HMGCR en los riesgos de eventos cardiovasculares y diabetes, y cuando se combinaron, los dos tipos de variantes tuvieron efectos aditivos.

¿Puede ser que los inhibidores de PCSK9 reduzcan la aparición de eventos cardiovasculares? Ciertamente esa es la esperanza. Pero debemos recordar que las variantes genéticas conducen a una menor exposición a los niveles de LDL-c durante toda la vida, en comparación con el tratamiento farmacológico de 5 años. Por lo tanto, todavía esperamos estudios de resultado de fármacos. Estos datos también sugieren que el tratamiento con inhibidores de PCSK9 puede conducir a un aumento de la diabetes. Sin embargo, como señalan los autores, la reducción del riesgo cardiovascular superó en gran medida el aumento del riesgo de diabetes.

La reducción de la presión arterial reduce el riesgo vascular con diversas presiones arteriales y comorbilidades iniciales

Artículo relevante sobre HTA en 2016; The Lancet 12 enero 2016

La reducción farmacológica de la presión arterial produce reducciones proporcionales similares en el riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte con diversas presiones arteriales y comorbilidades iniciales.

Para esta revisión y Meta análisis se buscaron en MEDLINE ensayos de gran tamaño sobre fármacos hipotensores, publicados entre el 1 de enero de 1966 y el 9 de noviembre de 2015. Eran aptos para su inclusión todos los ensayos controlados aleatorizados de tratamiento hipotensor si incluían al menos 1000 años pacientes de seguimiento en cada grupo del estudio. No se excluyó ningún estudio debido a la presencia de comorbilidades iniciales y eran aptos los ensayos de fármacos anti hipertensivos para indicaciones distintas a la hipertensión. Se extrajeron los datos se analizaron los resultados de los acontecimientos cardiovasculares importantes: la cardiopatía coronaria, el accidente cerebrovascular, la insuficiencia cardiovascular, la insuficiencia renal y la mortalidad por cualquier causa. Para agregar los cálculos aproximados, se usaron Meta análisis de efectos fijos ponderados mediante el inverso de la varianza.

Se identificaron 123 estudios con 613.815 participantes para el meta análisis tabular. Los meta análisis por regresión mostraron reducciones del riesgo relativo proporcionales a la magnitud de las reducciones obtenidas en la presión arterial. Cada 10 mm Hg de reducción en la presión arterial sistólica redujeron de modo significativo el riesgo de acontecimientos de enfermedad cardiovascular importante (riesgo relativo [RR]: 0,80, IC del 95 %: 0,77-0,83), arteriopatía coronaria (0,83, 0,78-0,88), accidente cerebrovascular (0,73, 0,68-0,77) e insuficiencia cardíaca (0,72, 0,67-0,78), lo cual, en las poblaciones estudiadas, produjo una reducción significativa del 13 % en la mortalidad por cualquier causa (0,87, 0,84-0,91). Sin embargo, el efecto sobre la insuficiencia renal no fue significativo (0,95, 0,84-1,07). Se observaron reducciones del riesgo proporcionales similares (por 10 mm Hg de reducción de la presión arterial) en ensayos con medias de la presión arterial sistólica inicial superiores e inferiores. No hubo ninguna prueba clara de que las reducciones del riesgo proporcionales en la enfermedad cardiovascular importante difirieran según los antecedentes de enfermedades iniciales, excepto por la diabetes y la nefropatía crónica, en las cuales se detectaron reducciones del riesgo menores, pero significativas. Los β bloqueantes fueron inferiores a otros fármacos para la prevención de los acontecimientos de enfermedad cardiovascular importante, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Los bloqueantes de los canales de calcio eran superiores a otros fármacos para la prevención del accidente cerebrovascular. Para la prevención de la insuficiencia cardíaca, los bloqueantes de los canales de calcio eran inferiores y los diuréticos resultaban superiores a otras clases de fármacos. Se creyó que el riesgo de sesgo era bajo para 113 ensayos y poco claro para 10. La heterogeneidad para los resultados era de baja a moderada. El estadístico I^2 para la heterogeneidad para los acontecimientos cardiovasculares fue del 41 %, para la arteriopatía coronaria, del 25 %, para los accidentes cerebrovasculares, del 26 %, para la insuficiencia cardíaca, del 37 %, para la insuficiencia renal, del 28 % y para la mortalidad por cualquier causa, del 35 %.

Comentario: La reducción de la presión arterial reduce de forma significativa el riesgo cardiovascular en diversos niveles de presión arterial y comorbilidades iniciales. Estos resultados proporcionan un fuerte respaldo para la reducción de la presión arterial hasta presiones arteriales sistólicas inferiores a 130 mm Hg y el suministro de tratamiento hipotensor a las personas con antecedentes de enfermedad cardiovascular, arteriopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, insuficiencia cardíaca y nefropatía crónica.

Estatinas infrutilizadas en Adultos Jóvenes con Dislipidemia Grave

JAMA Cardiology 2016

La mayoría de los adultos jóvenes con dislipidemia severa no reciben estatinas siguiendo las recomendaciones de las guías, según una carta de investigación en JAMA Cardiology.

Usando una gran base de datos de pacientes en los EE.UU., los investigadores estudiaron cerca de 2,9 millones de adultos de entre 20 y 75 años que tenían tanto los resultados de las pruebas de LDL como los registros de farmacia de 2013-2016. Un 4% tenía dislipidemia grave (LDL de 190 mg/dL o mayor). Entre ellos, dos tercios sin diabetes o enfermedad aterosclerótica establecida (ASCVD) se prescribieron estatinas; Las tasas de prescripción fueron más altas para aquellos que también tenían diabetes o ASCVD. Incluso entre aquellos con elevaciones de LDL más severas (por ejemplo, > 300 mg / dl), el 25% no estaban tomando estatinas.

La edad fue el predictor más importante de si los pacientes con dislipidemia grave fueron tratados: sólo el 32% de los de treinta y el 47% de los de cuarenta recibieron estatinas, frente al 61% de los de cincuenta.

Los autores señalan que las directrices recomiendan no utilizar una calculadora de riesgo ASCVD para pacientes de 21 años o más con dislipidemia grave primaria, ya que hacerlo "podría conducir inapropiadamente al aplazamiento de la terapia con estatinas".

La prevención de la Diabetes Tipo 2 con la estrategia "Screen & Treat" es considerada como no adecuada

BMJ 2016

Los enfoques nacionales para el cribado de pacientes con riesgo de diabetes tipo 2 y el tratamiento para retrasar o prevenir la enfermedad están lejos de ser satisfactorios, según un metaanálisis publicado en el BMJ.

Basándose en una revisión de 100 estudios, los autores concluyen que los instrumentos habituales de detección de prediabetes son inadecuados. La hemoglobina A1c (sensibilidad de alrededor del 50% y especificidad de alrededor del 80%) y la glucosa en ayunas (25% y 94%, respectivamente) corren el riesgo de perder o sobrediagnosticar la afección. Las intervenciones como cambios en el estilo de vida y metformina, que generalmente tenían tasas de adherencia inferiores al 30%, tienen efectos modestos, pero la calidad de los estudios fue "a menudo baja".

Una editorial coincide con los autores en que la solución al problema de la diabetes tipo 2 puede estar "más allá" del diagnóstico y el tratamiento, es decir, "hacer versiones dietéticas de refresco más baratas que las versiones azucaradas e intervenciones para hacer que la actividad física sean más fáciles o más seguras, tales como carriles para bicicletas, separados del tráfico, etc".

Riesgo de ictus, hemorragia y mortalidad en pacientes ancianos tratados con dabigatran o rivaroxaban para la fibrilación auricular no valvular

JAMA Intern Med 2016

Dabigatran y rivaroxaban son anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K autorizados para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV). En este estudio se comparó el riesgo de ictus tromboembólico, hemorragia intracraneal (HIC), hemorragia mayor y mortalidad en pacientes mayores de 65 años con FANV que comenzaron tratamiento con estos anticoagulantes (dabigatran 150 mg dos veces al día o rivaroxaban 20 mg una vez al día).

Los participantes fueron 52.240 pacientes tratados con dabigatran y 66.651 tratados con rivaroxaban, con un seguimiento de 15.524 y 20.199 personas-año, respectivamente; en este período ocurrieron 2.537 episodios. Rivaroxaban se asoció con una reducción no estadísticamente significativa de ictus tromboembólicos (HR 0.81, 95% IC 0.65-1.01), un incremento significativo de HIC (HR 1.65, 95% IC 1.20-2.26) y de hemorragia mayor (HR 1.48, 95% IC 1.32-1.67), incluyendo hemorragia gastrointestinal (HR 1.40, 95% IC 1.23-1.59). El incremento de mortalidad con rivaroxaban no fue significativo (HR 1.15, 95% IC 1.00-1.32). En pacientes con 75 años o más o con una puntuación CHADS2 mayor de 2, rivaroxaban se asoció con una mortalidad más alta que dabigatran. La tasa de HIC con rivaroxaban fue superior a la reducción del ictus tromboembólico.

Se concluye que el tratamiento con rivaroxaban 20 mg/día se asoció con aumentos significativos de las tasas de HIC y hemorragia mayor, en comparación con dabigatran 150 mg dos veces al día.

Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos



La SAHTA en las Redes Sociales



X ENCUENTRO DE MEDICOS RESIDENTES SAHTA 2017
Casos clínicos de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular
"PREMIOS JOSE VILLAR ORTIZ"



Fecha: 31 de marzo y 1 de Abril de 2017
Lugar: Osuna (Sevilla)
Hotel Las Casas del Duque
Escuela Andaluza de Economía Social

