

Efecto del control intensivo de la presión arterial sobre la velocidad de marcha y la limitación de la movilidad en adultos de 75 años o más. Un ensayo clínico aleatorizado.

JAMA Intern Med 2017

Pregunta: ¿El objetivo de una presión arterial sistólica de menos de 120 mm Hg afecta la velocidad de la marcha entre los adultos mayores de 75 años con hipertensión?

Recomendaciones. En este ensayo clínico aleatorizado de 2636 individuos, no se encontraron diferencias entre los grupos de tratamiento intensivo y estándar sobre los cambios en la velocidad de la marcha o la limitación de la movilidad durante 3 años de seguimiento.

Sentido. El control intensivo de la presión arterial no parece tener un efecto importante en la disminución de la velocidad de la marcha a corto plazo entre los adultos mayores.

Abstract.

Importancia: El control de la presión arterial (PA) intensiva confiere un beneficio a la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Si se afecta a los resultados de la función física se desconoce.

Objetivo. Examinar el efecto del control intensivo de la PA sobre los cambios en la velocidad de la marcha y el estado de movilidad.

Diseño, Configuración y Participantes. Este ensayo clínico aleatorizado incluyó 2636 individuos de 75 años de edad o más con hipertensión y sin antecedentes de diabetes tipo 2 o accidente cerebrovascular que participaron en el ensayo de intervención de presión arterial sistólica (SPRINT). Los datos se recogieron del 8 de noviembre de 2010 al 1 de diciembre de 2015. El análisis se basó en la intención de tratar.

Intervenciones. Los participantes fueron asignados al azar a un tratamiento intensivo con un objetivo sistólico de la PA de menos de 120 mm Hg (n = 1317) versus el tratamiento estándar con un objetivo de PA de menos de 140 mm Hg (n = 1319).

Principales Resultados y Medidas. La velocidad de la marcha se midió usando un test de caminata de 4 metros. La información auto-reportada sobre movilidad se obtuvo de los ítems de la encuesta de salud de 12 ítems de Veteranos RAND y la EQ-5D. La limitación de la movilidad se definió como una velocidad de la marcha inferior a 0,6 metros por segundo (m / s) o las limitaciones auto-reportadas en caminar y subir escaleras.

Resultados. Entre los 2629 participantes en los que se pudo definir la movilidad (996 mujeres [37,9%], 1633 hombres [62,1%], edad media [SD], 79,9 [4,0] años), seguimiento mediano [intervalo intercuartílico] fue de 3, 2-3 años. No se observaron diferencias en la disminución media de la velocidad de la marcha entre los grupos de tratamiento intensivo y estándar (diferencia de media, 0,0004 m / s al año, IC del 95%, -0,005 a 0,005, P = 0,88). No se encontraron evidencias de diferencias de grupos de tratamiento en subgrupos definidos por edad, sexo, raza o etnia, PA sistólica basal, enfermedad renal crónica o antecedentes de enfermedad cardiovascular. Se encontró una modesta interacción para la puntuación de Componente Físico de la Encuesta de Salud de 12 miembros de Veteranos RAND, aunque el efecto no alcanzó significación estadística en ninguno de los subgrupos, con diferencias de 0,004 (IC del 95%, -0,002 a 0,010) m / s por Año entre aquellos con puntuaciones de al menos 40 y -0,008 (IC del 95%, -0,016 a 0,001) m / s por año entre aquellos con puntuaciones menores de 40 (P = .03 para la interacción). Los modelos multivariados que midieron el riesgo competitivo de muerte no demostraron ningún efecto del tratamiento intensivo sobre las transiciones a la limitación de la movilidad (hazard ratio, 1,06; IC del 95%, 0,92-1,22).

Conclusiones y Relevancia. Entre los adultos mayores de 75 años en el estudio SPRINT, el tratamiento con un objetivo de presión sistólica inferior a 120 mm Hg en comparación con un objetivo de menos de 140 mm Hg no tuvo efecto sobre los cambios en la velocidad de la marcha y no estuvo asociado con cambios en la limitación de la movilidad.

Las guías establecen metas de tratamiento antihipertensivo moderadas para los adultos mayores.

Annals of Internal Medicine 2017.

El Colegio Americano de Médicos y la Academia Americana de Médicos de Familia recomiendan objetivos de presión arterial moderada para adultos mayores de 60 años.

Las directrices, publicadas en los Anales de Medicina Interna, recomiendan lo siguiente para los adultos mayores:

Los pacientes con una presión arterial sistólica igual a 150 mmHg o superior deben iniciar el tratamiento y aspirar a una PA sistólica inferior a 150 mmHg.

Los pacientes con antecedentes de accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio y algunos de ellos con alto riesgo cardiovascular (por ejemplo, los pacientes ancianos con diabetes, enfermedad renal crónica, síndrome metabólico) deben considerar iniciar o intensificar la terapia con fármacos antihipertensivos y apuntar a una PA sistólica de 140 mm Hg.

Un editorialista, Harlan M. Krumholz, comentó: "Las pautas reflejan una crisis de incertidumbre acerca de si y cómo tratar, además de la presión arterial marcadamente elevada en personas de 60 años o más, un problema que afecta a muchos. No tienen ninguna duda de que muchos pacientes y sus médicos están inquietos por la incertidumbre acerca de qué objetivos y qué drogas son mejores.

La importancia de la actividad física en la prevención del accidente cerebrovascular recurrente

Seemant Chaturvedi, MD Reviewing Turan TN et al., Neurology 2016 Dec 21.

La actividad física fue el factor de riesgo más fuertemente asociado con un menor riesgo de accidente cerebrovascular recurrente, en un seguimiento de 3 años de los participantes en el estudio SAMMPRIS administrados médicamente.

La enfermedad aterosclerótica intracraneal (TIA) es una de las principales causas de accidente cerebrovascular mundial. Los factores de riesgo tradicionales, como la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo y la dislipidemia, están estrechamente vinculados con la TIA. El control de la presión arterial (PA) reduce el riesgo de accidente cerebrovascular recurrente, pero los datos sobre otros factores, como la inactividad física, son limitados.

En el estudio se trataron médicamente de manera débil y agresiva, para la prevención del accidente cerebrovascular recurrente en estenosis intracraneal (SAMMPRIS), los pacientes se inscribieron con accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (TIA) en los 30 días anteriores y 70-99% de estenosis de una arteria intracraneal mayor. Estos autores analizaron la base de datos SAMMPRIS y clasificaron a los participantes como "en rango" o "fuera de rango" para factores de riesgo tales como presión sanguínea, lípidos, diabetes y actividad física. Los autores investigaron la relación entre estar "en rango" para el control del factor de riesgo y el posterior accidente cerebrovascular o infarto de miocardio (IM). La presión arterial sistólica fue de <140 mm Hg, y el Colesterol-LDL objetivo fue <70 mg / dl y el objetivo para la actividad física fue un puntaje de 4 a 8 para la evaluación y consejería para el ejercicio físico (PACE). Hacer ejercicio menos de tres veces por semana o hacer ejercicio moderado menos de cinco veces por semana.

Entre los 227 participantes del estudio administrados médicamente, los que estaban fuera del rango de la PA sistólica, actividad física y LDL tuvieron índices más altos de accidente cerebrovascular, IM y muerte vascular a los 3 años. En las pruebas multivariantes, los pacientes en la meta de actividad física tenían un menor riesgo de accidente cerebrovascular, IAM o muerte vascular (Odds ratio, 0,6; intervalo de confianza del 95%, 0,4-0,8).

Comentario: El ejercicio se asocia con muchos beneficios potenciales, incluyendo menor presión arterial, disminución de la rigidez arterial, aumento de los niveles de lipoproteínas de alta densidad, disminución de la resistencia a la insulina y aumento de la circulación colateral. Este análisis recuerda a los médicos que el aumento de la actividad física es una importante "prescripción" en la lucha contra los eventos vasculares recurrentes. Los programas de ejercicio comunitario o hospitalario deben ser fuertemente considerados para la prevención óptima del accidente cerebrovascular.

El estatus socioeconómico predice la mortalidad más fuertemente que algunos factores de riesgo reconocidos mundialmente

Bruce Soloway, md reviewing tobias m., lancet 2017 jan 31;

La organización mundial de la salud ha apuntado siete factores de riesgo modificables en su campaña para el control de las enfermedades no transmisibles: abuso de alcohol, inactividad física, tabaquismo, hipertensión, consumo de sodio, diabetes y obesidad. El nivel socioeconómico (NS) bajo predice fuertemente la morbilidad y la mortalidad temprana en todo el mundo, pero no es reconocido internacionalmente como un factor de riesgo modificable. Para evaluar la contribución del NS bajo a la mortalidad, los investigadores combinaron datos a nivel de pacientes de 48 estudios de cohortes prospectivos, en los cuales 1,7 millones de personas en siete países de ingresos altos proporcionaron información sobre el NS bajo (designada baja, intermedia o alta en función de la ocupación), los factores de riesgo de la OMS y la mortalidad; los participantes fueron seguidos por un promedio de 13,3 años.

La mortalidad global fue mayor entre las personas con NS bajo que entre aquellas con NS alto (razones de riesgo, 1,42 para los hombres y 1,34 para las mujeres). La diferencia siguió siendo significativa después del ajuste para los siete factores de riesgo de la OMS (HR, 1,26). Las diferencias en la mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y otras causas fueron similares. La fracción del exceso de mortalidad de la población atribuible al NS fue el tercero más alto, por detrás del tabaquismo y la inactividad física. El NS bajo se asoció con una reducción de la expectativa de vida de 2,1 años entre las edades de 40 y 85, que fue mayor que la del uso excesivo del alcohol, la obesidad y la hipertensión.

Comentario: El efecto adverso de la mortalidad del NS baja parece estar parcialmente, pero no enteramente, mediado por otros factores de riesgo reconocidos. Los autores y un editorialista sostienen que el NS debe ser un factor de riesgo modificable al aplicar remedios sociales equitativos (por ejemplo, acceso a la educación de la primera infancia, alimentación saludable y atención primaria) junto con los remedios clínicos individuales (por ejemplo, el apoyo al abandono del tabaco) más a menudo por los relativamente privilegiados.

¿Cuál es el papel de los inhibidores del sistema de angiotensina de renina en el tratamiento de la enfermedad coronaria estable?

Joel M. Gore, MD reviewing bangalore s et al., bmj 2017 jan 19; 356:j4

Los resultados de un metaanálisis sugieren que la recomendación actual de la guía para su uso en la mayoría de los casos puede necesitar ser revisada.

Basándose en estudios iniciales, las pautas actuales recomiendan los inhibidores del sistema renina-angiotensina (ISRA) para todos los pacientes con cardiopatía isquémica estable y cualquiera de las siguientes condiciones: hipertensión, diabetes, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) \leq 40% o enfermedad renal crónica. Para evaluar el impacto de estudios más recientes sobre la base de evidencia, los investigadores realizaron un metaanálisis de ensayos aleatorios que compararon los ISRA con placebo o controles activos en pacientes con enfermedad coronaria estable (ECE) sin fracaso cardíaco. Se incluyeron 24 ensayos con 61.961 pacientes; el seguimiento promedio fue de 3,2 años. Dieciocho ensayos fueron controlados con placebo, y siete tenían controles activos (antagonistas del canal de calcio en 4, diuréticos tiazídicos en 1 y tratamiento convencional en 2).

Los ISRA redujeron significativamente el riesgo de los criterios individuales de mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular, infarto de miocardio, ictus, angina, insuficiencia cardíaca y revascularización en comparación con placebo, pero no en comparación con los controles activos. Además, los efectos beneficiosos sobre la mortalidad por todas las causas y la mortalidad cardiovascular sólo se encontraron cuando las tasas de eventos en los grupos control eran altas y no cuando eran bajas. En un análisis de sensibilidad, el efecto beneficioso de los ISRA en los ensayos controlados con placebo fue independiente de la presión arterial sistólica basal; en los ensayos de control activo, los ISRA no mostraron ningún beneficio independientemente de la presión arterial sistólica.

Comentario: La falta de beneficio con los inhibidores de ras en comparación con los controles activos y el hecho de que el beneficio en los ensayos controlados con placebo se observó principalmente cuando las tasas de eventos en el grupo de control fueron altas, lo que no ha sido el caso en los estudios recientes, no apoyan una recomendación para el uso rutinario de ISRA en pacientes con ECE. Es importante señalar que estos resultados no se aplican a pacientes con FEVI baja o enfermedad renal crónica. Sin embargo, para los pacientes con ECE que sólo tienen hipertensión o diabetes, los clínicos pueden preguntarse si es necesario un ISRA.

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

