

El riesgo de demencia no se reduce con la bajada intensiva de la presión arterial según datos del estudio SPRINT. Efecto del control de presión arterial intensivo vs estándar en la demencia. Un ensayo clínico aleatorizado.

JAMA 2019

Introducción y métodos.

Los estudios observacionales han sugerido que la hipertensión es un factor de riesgo potencialmente modificable para el deterioro cognitivo leve (DC leve) y la demencia. La DC leve es un estado clínico entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia. La evidencia sobre el efecto de las reducciones de la presión arterial (PA) en la evaluación cognitiva es escasa y no concluyente, y el seguimiento nunca fue superior a 4 años, ni el DC leve y la demencia fueron adjudicados por expertos.

El ensayo SPRINT evaluó el efecto de un control más intensivo de la PA en los resultados CV, renales y cognitivos en personas sin diabetes o accidente cerebrovascular preexistente. 9361 pacientes se asignaron al azar a un objetivo de PA sistólica (PAS) de <120 mmHg (control de PA intensivo) o de <140 mmHg (control de PA estándar). Este análisis compara el efecto de las dos estrategias de control de la PA en la tasa de demencia probable adjudicada (resultado cognitivo primario) y DC leve (secundaria).

Mientras que el ensayo SPRINT se detuvo de forma precoz debido al beneficio en su objetivo principal final (evento CV principal y la mortalidad por todas las causas), el seguimiento de los resultados cognitivos continuó hasta 2018. La Mediana de la duración de la intervención fue de 3,34 años y la mediana de seguimiento para el resultado cognitivo primario fue de 5,11 años. La edad media de los participantes fue de 67,9 años (DE: 9,4 años) y el 28,2% tenía 75 años o más.

Las evaluaciones de detección de deterioro cognitivo se realizaron al inicio del estudio y en los años 2 y 4 durante el seguimiento y al final del estudio si la visita del año 4 fue mayor a un año. La evaluación cognitiva consistió en pruebas de la función cognitiva global, el aprendizaje y la memoria y la velocidad de procesamiento.

Resultados principales

149 (7,2 por 1000 personas-año [PY]) personas en el grupo con control intensivo habían resultado en demencia probable, en comparación con 176 participantes (8,6 por 1000 PY) en el grupo control (HR: 0,83; IC del 95%: 0,56-1,04).

Un efecto similar de la intensidad del control de la PA en la demencia probable se observó cuando la muerte se consideró un riesgo competitivo (HR: 0,84; IC del 95%: 0,68-1,05).

No se observaron interacciones significativas entre las características de subgrupos preespecificadas (edad, sexo, raza negra / no negra, antecedentes de enfermedad CV, ERC, hipotensión ortostática) y el efecto de la intensidad del tratamiento en el resultado cognitivo primario de demencia probable.

El DC leve se produjo en menos participantes en el grupo controlado intensivamente (14,6 vs. 18,3 por 1000 PY, HR: 0,81, IC 95%: 0,69-0,95).

El resultado compuesto de DC leve o demencia probable mostró una tasa significativamente más baja en el grupo tratado intensivamente (20,2 vs. 24,1 por 1000 PY, HR: 0,85, IC 95%: 0,74-0,97). No se observaron interacciones significativas entre los criterios de subgrupos preespecificados y la asignación del tratamiento con respecto al resultado compuesto.

Conclusión

El control intensivo de la PA para PAS <120 mmHg como se realizó en el SPRINT, no redujo significativamente la incidencia de demencia probable, en comparación con el control estándar de la PA. El riesgo sugerido anteriormente de hipotensión e hipoperfusión cerebral y las posibles consecuencias negativas para el cerebro, que se han asociado con la reducción de la PAS a menos de 150 mmHg, no se confirman en este estudio. Es importante destacar que estos resultados muestran que la reducción de la PA <120 mmHg no produce daño a la función cognitiva después de un período de intervención promedio de 3,34 años y un seguimiento promedio de 5,11 años. De hecho, puede ser beneficioso, ya que la aparición de DC leve se redujo en el grupo controlado intensivamente. Las consecuencias de este resultado secundario sobre la incidencia a largo plazo de la demencia aún no se han establecido. La terminación anticipada del estudio y una cantidad de casos de demencia que fue menor de lo esperado, pueden haber afectado el poder para detectar este objetivo.

Combinación de ACOD con aspirina es eficaz para la prevención del accidente cerebrovascular en pacientes con enfermedad arterial coronaria o enfermedad arterial periférica. Resultados del estudio (COMPASS)

CIRCULATION 2019

Introducción y métodos.

Aunque el tratamiento con aspirina se recomienda para la prevención de enfermedad CV en individuos con aterosclerosis, la aspirina reduce el riesgo de eventos vasculares mayores (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o muerte vascular) en solo un 12% en la prevención primaria y un 19% en la prevención secundaria. Por lo tanto, se necesita una estrategia antitrombótica más efectiva para la prevención de eventos vasculares mayores en pacientes con aterosclerosis.

El ensayo cardiovascular (COMPASS) (n = 27.395) investigó el efecto de rivaroxaban y aspirina versus aspirina sola o solo rivaroxaban en el accidente cerebrovascular para la prevención de eventos vasculares en pacientes con enfermedad arterial coronaria estable (CAD) o enfermedad arterial periférica (PAD). Este subanálisis investigó el efecto en diferentes tipos de ictus, factores predictivos independientes de ictus y efectos en diferentes subgrupos clave.

COMPASS fue un ensayo doble ciego, de doble simulación que incluyó pacientes con CAD o PAD estables (incluida la estenosis asintomática de la arteria carótida $\geq 50\%$ o revascularización carotídea previa) que se asignaron al azar 1:1 para recibir rivaroxaban en dosis bajas (2,5 mg) dos veces al día más aspirina 100 mg una vez al día (n = 9.152), rivaroxaban 5 mg dos veces al día (n = 9.117), o aspirina 100 mg una vez al día (n = 9.126) para la prevención de muerte cardiovascular, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. El seguimiento medio fue de 23 meses.

El resultado fue el accidente cerebrovascular, que se define como la presencia de déficit neurológico focal agudo que se cree que es de origen vascular con signos y síntomas que duran ≥ 24 horas o hasta el momento de la muerte. Los accidentes cerebrovasculares se clasificaron como: accidente cerebrovascular isquémico, accidente cerebrovascular hemorrágico o tipo de accidente cerebrovascular incierto. Las habilidades se evaluaron mediante la escala modificada de Rankin (mRS) y la Evaluación estándar de actividades globales en la evaluación de adultos mayores (SAGE).

Resultados principales

Efectos del tratamiento sobre la incidencia y severidad del accidente cerebrovascular:

La incidencia de accidente cerebrovascular se redujo en los pacientes tratados con rivaroxaban más aspirina, en comparación con los tratados con aspirina sola (HR: 0,58; IC del 95%: 0,44-0,76, p <0,0001), mientras que no se observaron diferencias significativas entre el grupo de rivaroxaban solo en comparación con la monoterapia con aspirina (HR: 0,82; IC del 95%: 0,65-1,05, p = 0,12).

Los ictus isquémicos / inciertos se redujeron casi a la mitad en el grupo de rivaroxaban más aspirina, en comparación con la aspirina sola (HR: 0,51, IC 95%: 0,38-0,68, P <0,0001). El efecto del tratamiento de rivaroxaban solo en los accidentes cerebrovasculares isquémicos / inciertos fue igualmente sustancial, en comparación con la aspirina (HR: 0,69; IC del 95%: 0,53-0,90; p = 0,006).

Se observó un aumento significativo de la incidencia de accidente cerebrovascular hemorrágico con rivaroxaban solo (HR: 2,70; IC del 95%: 1,31-5,58, P = 0,005), pero no con rivaroxaban más aspirina (HR: 1,49, IC del 95%: 0,67-3,31, P = 0,33), en comparación con la monoterapia con aspirina.

Las puntuaciones de mRS en el día 7 o en el alta hospitalaria se distribuyeron de manera similar para los pacientes tratados con monoterapia con aspirina y los tratados con rivaroxaban más aspirina. Las puntuaciones medias de SAGE en aquellos que experimentaron un accidente cerebrovascular no fueron significativamente diferentes entre los grupos de tratamiento.

Predictores basales del efecto del accidente cerebrovascular y del tratamiento en subgrupos:

Los factores predictivos independientes para el accidente cerebrovascular fueron la edad, la presión arterial sistólica al inicio del estudio, el historial de hipertensión, el accidente cerebrovascular previo y la etnia asiática, de los cuales el accidente cerebrovascular previo fue el predictor más fuerte (HR: 3,63, IC 95%: 2,65-4,97, P <0,0001).

Se observaron efectos consistentes del tratamiento en el resultado del accidente cerebrovascular en todos los subgrupos relevantes identificados como factores predictivos de la ocurrencia del accidente cerebrovascular durante el ensayo, sin interacciones significativas con el tratamiento.

Efectos del tratamiento en la prevención secundaria del ictus:

El tratamiento con rivaroxaban más aspirina redujo la tasa de ictus isquémico / desconocido en un 67% (HR: 0,33; IC del 95%: 0,14-0,77, P = 0,01), en comparación con la monoterapia con aspirina, mientras que no se encontró una reducción significativa con el rivaroxaban solo. La reducción absoluta del accidente cerebrovascular fue del 2,3% por año con rivaroxaban más aspirina (NNT = 43 por un año).

La tasa anual del resultado compuesto de mortalidad por enfermedad CV, accidente cerebrovascular o IAM fue del 6,5% en los participantes con monoterapia con aspirina y se redujo al 3,7% en el grupo de rivaroxaban más aspirina (HR: 0,57; IC del 95%: 0,34-0,96, p = 0,04). NNT = 36 por un año), mientras que no se encontró una reducción significativa con rivaroxaban solo.

Aquellos con un accidente cerebrovascular previo mostraron una tasa anual más alta de accidente cerebrovascular hemorrágico del 0,3% con el tratamiento combinado que el 0,08% para los participantes sin accidente cerebrovascular previo (HR: 3,12; IC del 95%: 1,22-7,98, p = 0,02). Sin embargo, en la población con ictus anterior, el número total de ictus hemorrágicos fue pequeño).

El sangrado mayor no se incrementó significativamente con la terapia de combinación en aquellos con un accidente cerebrovascular previo, que se produjo a una tasa anual del 1,5% en comparación con el 1,4% en aquellos sin un historial de accidente cerebrovascular previo.

Conclusión:

La combinación de rivaroxaban más aspirina es eficaz para la prevención del accidente cerebrovascular en pacientes con enfermedad arterial coronaria o enfermedad arterial periférica.

¿Qué importa más a la terapia hipolipemiente: intensidad o adherencia?

Fatima Rodriguez, Khunti K et al. JAMA Netw Open 7 de diciembre de 2018

Una medida combinada de la intensidad del tratamiento y la adherencia tuvo una relación gradual con los resultados cardiovasculares en un estudio observacional.

La adherencia y la intensidad del tratamiento hipolipemiente se han asociado con mejores resultados cardiovasculares. Investigadores en el Reino Unido desarrollaron una métrica combinada de intensidad de reducción de lípidos (porcentaje de reducción de LDL) y adherencia (proporción de días cubiertos) y aplicaron la métrica a 29.797 pacientes en tres cohortes de enfermedades: enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus tipo 2 o Enfermedad renal crónica avanzada.

Todos los pacientes fueron tratados nuevamente con ≥ 2 prescripciones para estatinas, ezetimibe o ambas, y fueron seguidos durante una media de 3 años. En el grupo de ECV, la terapia de alta intensidad se asoció con una mayor adherencia que la terapia de baja intensidad. La mayor adherencia y la mayor intensidad del tratamiento se asociaron de forma independiente con menores riesgos para el punto final primario combinado (muerte CV, hospitalización por infarto de miocardio, angina inestable, accidente cerebrovascular isquémico, insuficiencia cardíaca o revascularización). El resultado primario tuvo una asociación gradual con la métrica combinada de adherencia e intensidad de tratamiento en las tres cohortes de pacientes. En la cohorte de ECV, cada aumento del 10% en la métrica se asoció con una reducción del 10% del punto final primario. Los pacientes adheridos a las terapias más intensas tuvieron la mayor reducción de LDL y el menor riesgo de eventos CV.

COMENTARIO: Este estudio observacional proporciona una prueba más de lo que sabemos de los ensayos clínicos: las terapias para reducir las LDL de mayor intensidad dan como resultado los mejores resultados de CV. Por supuesto, los medicamentos no funcionan bien si los pacientes no los toman. Sorprendentemente, este estudio mostró una mejor adherencia a lo largo del tiempo entre los pacientes con ECV con los tratamientos de mayor intensidad, tal vez debido a la confusión residual. La alta adherencia puede ser un aliciente para los pacientes que probablemente tengan mejores resultados (el "efecto adherente saludable"), independientemente del tratamiento hipolipemiente. Este estudio proporciona datos adicionales que alientan a los proveedores a realizar un seguimiento rutinario de la adherencia y prescribir el tratamiento hipolipemiente de mayor intensidad que toleran los pacientes.

GUÍA SOBRE EL MANEJO DEL COLESTEROL: ACTUALIZACIÓN 2018

J Am Coll Cardiol 2018 Nov 10

Las pautas actualizadas de lípidos vuelven a los objetivos de LDL para pacientes de alto riesgo y proporcionan orientación sobre las presencias de calcio en las arterias coronarias y personalizan las evaluaciones de riesgo.

Organizaciones patrocinadoras: American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AHA) y otras 10 organizaciones clínicas

Población objetivo: Pacientes que necesitan prevención primaria o secundaria para la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD)

Antecedentes y objetivo: Las pautas de prevención de EACV/AHA de 2013 se alejaron de los objetivos de LDL y recomendaron el tratamiento con estatinas de intensidad moderada o alta para pacientes según los perfiles de riesgo. La guía actualizada de 2018 restablece los objetivos de C-LDL, incorpora nueva evidencia sobre terapias sin estatuto y aborda las preocupaciones sobre la sobrestimación del riesgo de ASCVD para la prevención primaria.

Recomendaciones clave: Para pacientes con ASCVD establecida, se deben usar estatinas de alta intensidad para obtener una reducción de $\geq 50\%$ en las LDL. Si esto no se logra, se podría agregar ezetimibe y luego un inhibidor de la pro-proteína convertasa subilisin-kexina tipo 9 (PCSK9).

Para pacientes con riesgo muy alto (antecedentes de eventos importantes de ASCVD, edad avanzada, diabetes, hipertensión, tabaquismo, hipercolesterolemia familiar [FH], enfermedad renal o insuficiencia cardíaca) y niveles de C-LDL > 70 mg/dL, agregar ezetimibe es razonable, seguido por un inhibidor de PCSK9.

Para los pacientes con hipercolesterolemia grave (niveles de C-LDL > 190 mg/dL), se recomienda el tratamiento con estatinas máximo tolerado sin cálculos de riesgo. Si el C-LDL no se reduce en un 50%, los médicos pueden agregar ezetimibe de manera razonable.

Para pacientes con diabetes y C-LDL > 70 mg/dL, se recomienda una estatina de intensidad moderada; con riesgo elevado de ASCVD, una estatina de alta intensidad es razonable.

Para la prevención primaria, la adhesión a un estilo de vida saludable es la piedra angular del tratamiento a lo largo de la vida. Las discusiones entre médicos y pacientes sobre la evaluación de riesgos y el tratamiento deben considerar los "potenciadores del riesgo de ASCVD", como antecedentes familiares, antecedentes metabólicos, preeclampsia, enfermedades inflamatorias, etnicidad y biomarcadores anormales.

La evaluación de riesgo ASCVD a 10 años entre 7.5% y 19.9% ahora se consideran "riesgo intermedio". Esta categoría amplia reconoce la incertidumbre en las estimaciones de la calculadora de riesgo y está destinada a alentar la toma de decisiones guiada por las preferencias de los pacientes. Para los pacientes que eligen el tratamiento con medicamentos, generalmente se recomienda una estatina de intensidad moderada.

La medición del calcio en la arteria coronaria (CAC) es útil cuando las decisiones sobre el inicio de las estatinas son inciertas. Retener o posponer el inicio de la estatina es razonable si CAC = 0 y el paciente carece de otras características de alto riesgo. Si el puntaje CAC es ≥ 100 , se deben iniciar las estatinas.

Para controlar la adherencia al tratamiento y la reducción de las LDL, los médicos deben controlar los lípidos de 1 a 3 meses después de un cambio de tratamiento.

COMENTARIO: En muchos aspectos, la guía de 2018 respalda la forma en que la mayoría de nosotros practicamos considerando factores de pacientes que aumentan el riesgo y no en las evaluaciones de riesgo de ASCVD para guiar la toma de decisiones compartida. La guía también respalda la importancia de alcanzar los objetivos de C-LDL para grupos de alto riesgo y proporciona un enfoque gradual para agregar terapias sin estatuto. Las pruebas de CAC pueden considerarse para decisiones de tratamiento inciertas. Es razonable suspender la terapia con medicamentos cuando los puntajes CAC son 0 y proporcionar terapia con medicamentos cuando los puntajes son ≥ 100 . Los puntajes entre 1 y 99 son menos útiles para refinar el 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:



European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

- Download Documents -

PLAN CUÍDATE+ -SAL = +SALUD

