

Otro estudio de colesterol en pacientes mayores

Allan S. Brett, MD revisando Maihofer AX et al. *J Am Geriatr Soc* 2020 Feb

Los niveles altos de colesterol LDL, medidos después de los 68 años, no se asociaron con una mayor mortalidad.

A medida que nuestra población envejece, los pacientes mayores sanos a menudo preguntan si deberían preocuparse por sus niveles de colesterol. En este análisis, los investigadores utilizaron datos de los estudios de Women's Health Initiative para examinar las asociaciones entre los lípidos y la longevidad en adultos mayores.

Un subgrupo de 3600 mujeres que nacieron antes de 1926, y que por lo tanto tendrían 90 años o más para el año 2016, se incluyeron en esta cohorte. Los lípidos se midieron cuando los participantes tenían entre 68 y 81 años; se excluyeron aquellos con antecedentes de enfermedad cardiovascular o cáncer. Después del ajuste para numerosas variables médicas y de estilo de vida potencialmente confusas, no se encontró asociación entre los niveles de colesterol HDL (entre 68 y 81 años) y la supervivencia hasta los 90 años. Sin embargo, las mujeres cuyos niveles de colesterol LDL se encontraban en los dos cuartiles más altos (149-183 mg / dL y > 183 mg / dL) tenían mayores probabilidades de supervivencia hasta los 90 años con movilidad intacta, en comparación con aquellos cuyos niveles de colesterol LDL eran inferiores a 126 mg / dL (odds ratios, ≈ 1,4).

COMENTARIO: En otro estudio observacional reciente de hombres y mujeres mayores sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, los niveles más altos de colesterol LDL en aquellos que tenían 75 años o más no se asociaron con el riesgo de eventos coronarios posteriores (NEJM JW Gen Med 15 de enero de 2020 y *J Am Geriatr Soc* 2019; 67: 2560). En el estudio actual, los niveles más altos de colesterol LDL en mujeres mayores relativamente sanas en realidad se asociaron con una supervivencia más larga. Hasta que tengamos evidencia convincente de que los medicamentos para reducir el colesterol mejoran los resultados clínicos en tales pacientes, debemos enfatizar el estilo de vida saludable y resistir la intervención farmacológica.

Un control intensivo de la presión arterial puede prolongar la vida hasta tres años

Muthiah Vaduganathan, Brian L, Claggett Stephen P, Juraschek, et al. *JAMA Cardiol.* 2020;10.1001

Los mayores de 80 años con presión arterial sistólica menor de 120 mmHg tienen menos riesgo de infarto, ictus o muerte (*J Am Geriatr Soc*)

Correr una maratón por primera vez reduce la presión arterial y retrasa la edad vascular el equivalente a cuatro años (JACC)

Una nueva investigación ha descubierto que el control intensivo de la presión arterial para bajarla de forma considerable puede prolongar la vida de un paciente hasta 3 años, según publican sus autores en *JAMA Cardiology*.

El estudio, realizado por investigadores del Brigham and Women's Hospital (Estados Unidos), pone los resultados de un ensayo histórico sobre el control de la presión arterial en términos que pueden ser más fáciles de interpretar y comunicar a los pacientes. Cuando se publicaron datos del ensayo de intervención de presión arterial sistólica (SPRINT) en 2015, la comunidad médica respondió con entusiasmo a las noticias de que reducir la presión arterial por debajo de los objetivos normales podría reducir las tasas generales de mortalidad en un 27% para los adultos con alto riesgo cardiovascular.

Si bien los resultados de estos estudios se están integrando en la práctica clínica, explicar lo que significan y por qué son importantes para los pacientes puede ser un desafío. Los investigadores describen cómo bajar agresivamente los niveles de presión arterial puede extender la esperanza de vida de una persona.

Así, informan que tener un objetivo de presión arterial de menos de 120 mmHg en lugar de los 140 mmHg habituales puede agregar de 6 meses a 3 años a la vida de una persona, dependiendo de la edad que tenga cuando comiencen el control intensivo de la presión arterial.

"Cuando los médicos discuten la optimización de la presión arterial, los pacientes a menudo se preguntan qué beneficios pueden anticipar con el control intensivo de la presión. Esa fue la inspiración para nuestro trabajo: tomamos los datos y los reformulamos para contextualizar los resultados de la manera más significativa para los pacientes".

Se utilizaron métodos basados en la edad para realizar su análisis. Estos métodos se usan con frecuencia en otros campos, por ejemplo, al proyectar los beneficios de supervivencia a largo plazo de un nuevo medicamento contra el cáncer, pero no se han aplicado comúnmente en el estudio de enfermedades cardiovasculares.

Al aplicar métodos basados en la edad a los datos de SPRINT, el equipo podría estimar los beneficios a largo plazo del control intensivo de la presión arterial. Este estudio inscribió a más de 9.000 adultos que tenían 50 años o más, estaban en alto riesgo cardiovascular pero no tenían diabetes, y tenían una presión arterial sistólica entre 130 y 180 mmHg.

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a objetivos de presión arterial sistólica intensiva (menos de 120 mmHg) o estándar (menos de 140 mmHg). Los participantes recibieron terapias antihipertensivas para alcanzar sus objetivos de presión arterial y fueron seguidos durante un promedio de poco más de tres años.

Se estimó que, si las personas hubieran seguido tomando sus tratamientos antihipertensivos por el resto de sus vidas, aquellas con el objetivo de presión arterial intensiva podrían agregar 6 meses a 3 años a su esperanza de vida, en comparación con aquellos con el objetivo de presión arterial estándar. Este lapso dependía de la edad de la persona: para alguien que comenzó a tomar antihipertensivos a los 50 años, predijeron una diferencia de 2,9 años; para alguien de 65 años, una diferencia de 1,1 años; y para alguien de 80 años, una diferencia de 9 meses.

"Nuestra esperanza es que estos hallazgos ofrezcan un mensaje más fácil de comunicar cuando se discutan los posibles beneficios y riesgos del control sostenido de la presión arterial en el tiempo. Estas estadísticas sobre la esperanza de vida pueden ser más tangibles y personalizadas para los pacientes y más fáciles de relacionar al tomar estas decisiones".

Efectividad y seguridad comparadas de fármacos antihipertensivos de primera línea: análisis sistemático, multinacional y a gran escala.

Suchard MA, Schuemie MJ, Krumholz HM, et al.

Lancet. 2019 Nov 16; 394(10211): 1816-1826.

Sigue habiendo incertidumbre acerca de la monoterapia óptima para la hipertensión; las guías actuales recomiendan cualquier agente primario entre las clases de medicamentos de primera línea tiazidas o diuréticos similares a tiazidas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores del receptor de angiotensina, bloqueadores de los canales de dihidropiridina y bloqueadores de los canales de calcio dihidropiridina y no dihidropiridina, en ausencia de contraindicaciones.

En este trabajo se ha desarrollado un marco integral para la evidencia del mundo real que permite la evaluación comparada de la efectividad y la seguridad de muchos medicamentos y resultados a partir de datos observacionales que abarcan millones de pacientes, al tiempo que se minimiza el sesgo inherente. Utilizando este marco, se efectuó un análisis sistemático a gran escala para estimar los riesgos relativos de resultados de efectividad primarios (infarto agudo de miocardio, hospitalización por insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular) y seis secundarios y 46 resultados de seguridad comparando todas las clases de fármacos de primera línea.

Utilizando 4,9 millones de pacientes, generamos 22.000 hazard ratios calibradas y ajustadas por puntuación de propensión, comparando todas las clases y resultados en las bases de datos. La mayoría de las estimaciones no revelaron diferencias de efectividad entre clases; sin embargo, los diuréticos tiazídicos o similares a tiazidas mostraron mayor efectividad primaria que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en: infarto agudo de miocardio (HR 0,84; IC 95% 0, 75-0,95), hospitalización por insuficiencia cardíaca (HR 0,83; IC 95% 0,74-0,95) y riesgo de accidente cerebrovascular (HR 0,83; IC 95% 0,74-0,95) durante el tratamiento inicial. Los perfiles de seguridad también favorecieron a tiazidas o diuréticos similares a la tiazida sobre los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Los bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínicos fueron significativamente inferiores a las otras cuatro clases de fármacos.

Este análisis integral introduce una nueva forma de hacer ciencia de la salud observacional a gran escala. Los resultados respaldan la equivalencia entre las clases de medicamentos para iniciar la monoterapia para la hipertensión, de acuerdo con las guías actuales, con la excepción de la superioridad de las tiazidas o de los diuréticos similares a la tiazida frente a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, y la inferioridad de los bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínicos.

La enfermedad del hígado graso no alcohólico aumenta el riesgo de enfermedad renal crónica avanzada incidente: estudio de cohortes emparejadas

Park H, Dawwas GK, Liu X, et al.

J Intern Med. 2019 Dec; 286(6): 711-722.

A medida que aumenta la prevalencia de la enfermedad del hígado graso no alcohólico (siglas en inglés, NAFLD) es importante conocer su impacto potencial en el desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC). Con el fin de determinar la asociación longitudinal de la NAFLD con el desarrollo de ERC avanzada, se realizó un análisis de cohortes retrospectivas de la base de datos estadounidense Truven Health MarketScan (2006-2015).

Entre los 262.619 pacientes recién diagnosticados de NAFLD y 769.878 pacientes sin NAFLD emparejados por puntuación de propensión (1:39, ocurrieron 5.766 y 8.655 nuevos casos de ERC avanzada (etapa 3-5), respectivamente. La tasa bruta de incidencia de ERC fue de 8,2 y 5,5 por 1000 personas-año en los grupos NAFLD y no NAFLD, respectivamente. En el modelo de Cox multivariante, los pacientes con NAFLD tuvieron un riesgo un 41% mayor de desarrollar ERC avanzada en comparación con los pacientes que no padecían NAFLD (hazard ratio 1,41; IC 95% 1,36-1,46). En el análisis de sensibilidad ajustado por covariables que varían con el tiempo después del diagnóstico de NAFLD, la NAFLD persistió como un factor significativo de riesgo de ERC (HR 1,58; IC 95% 1,52-1,66) y la asociación se mantuvo significativa cuando se estratificó por edad, sexo y comorbilidades preexistentes. El riesgo de ERC aumentó en pacientes con NAFLD y cirrosis compensada (HR 1,47; IC 95% 1,36-1,59) y cirrosis descompensada (HR 2,28; IC 95% 2,12-2,46).

Se concluye que la enfermedad del hígado graso no alcohólico se asocia de forma independiente con un mayor riesgo de desarrollo de ERC avanzada. Esto respalda la realización de un cribado de la función renal y su monitorización en esta población.

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

