

Ejercicio físico y terapia con estatinas asociados a mortalidad reducida

Lancet 2012

La actividad física y el empleo de estatinas, independientemente y combinados, se han asociado con un menor riesgo de mortalidad entre pacientes con colesterol elevado, de acuerdo a un estudio recientemente publicado en Lancet.

Los investigadores recogieron datos de forma prospectiva a cerca de 10000 veteranos (la mayoría hombres) con dislipemia que fueron sometidos a test de tolerancia al ejercicio. Con una media de seguimiento de 10 años, los que tomaban estatinas tuvieron un riesgo de mortalidad de 18.5%, mientras que aquéllos que no las tomaron tuvieron un riesgo de 27.7%. El riesgo de mortalidad se redujo además entre los participantes que más ejercicio hacían, tanto en consumidores de estatinas como en no tomadores de estatinas.

Los autores concluyen que la realización de ejercicio físico es una estrategia adyuvante atractiva a la terapia con estatinas o una alternativa cuando las estatinas no se pueden tomar en pacientes con dislipemias.

El efecto de bata blanca sobre la presión arterial en pacientes con hipertensión resistente verdadera no se asocia con incremento adicional de lesiones en órganos diana

Med Clin (Barc). 2013;140:1-5. - vol.140 núm 01

El efecto de bata blanca (EBB), es considerado cuando la diferencia entre la PAS/PAD medida en consulta médica y aquella obtenida por monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y puede estar presente durante la consulta médica en pacientes con hipertensión arterial resistente (HTA-R). La relación entre la presencia del efecto bata blanca y daños en órganos diana aún no ha sido evaluada en individuos con HTA-R verdadera.

En este estudio, 66 pacientes con HTA-R verdadera presentaron EBB y otros 61 no lo hicieron. A todos los sujetos se les practicó una MAPA de 24 h. La afectación de órganos diana se determinó mediante la realización de ecocardiograma y evaluación de la función renal.

Los valores de PAS y PAD en consulta médica fueron: 169,8±15,8/95,1±14,0 (pacientes con EBB) y 161,9±9,0/90,1±10,4mmHg (pacientes sin EBB), respectivamente y mediante MAPA los valores promedios de PAS y PAD de 24 horas fueron: 143,0±12,8/86,1±9,9 (pacientes con EBB) y 146,1±13,6/85,1±14,9mmHg (pacientes sin EBB), respectivamente. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con o sin EBB con respecto al índice de masa ventricular izquierda (con EBB=131±4,7; sin EBB=125±2,9g/m²), aclaramiento de creatinina (con EBB=78±4,7; sin EBB=80±3,6ml/min/m²) y microalbuminuria (con EBB=44±8,4; sin EBB=49±6,8mg/g Cr).

Conclusiones: este hallazgo sugiere que el EBB no se asocia a incremento adicional de daños en órganos diana en pacientes con HTA-R verdadera.

¿Existen diferencias reales entre los nuevos anticoagulantes?

Rasmussen LH et al. BMJ 2012 Nov 5; 345: e7097.

Una comparación indirecta sugiere pocas diferencias en la prevención secundaria del ictus, pero este tipo de análisis son en general poco fiables.

Los anticoagulantes son eficaces para reducir la tasa de accidentes cerebrovasculares en pacientes con fibrilación auricular (FA). La warfarina ha sido el anticoagulante más utilizado en las últimas décadas. Varios agentes recientemente desarrollados han demostrado eficacia en la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular. Estos incluyen el inhibidor directo de la trombina dabigatrán (110 mg [no disponible en los EE.UU.] o 150 mg) y el factor Xa rivaroxaban y apixaban. Los investigadores han realizado una comparación indirecta de estos tres agentes basados en ensayos aleatorios realizados hasta la fecha (JW Cardiol 10 de agosto 2011, JW Cardiol 01 de septiembre 2009, y NEJM 2011; 365:981). Con el objetivo de reducir la heterogeneidad en su análisis, los autores evaluaron por separado los datos de los pacientes sin ataque isquémico transitorio o accidente cerebrovascular (prevención primaria) y de pacientes con un ictus previo (prevención secundaria).

Para el grupo de prevención secundaria, los receptores de apixaban tuvieron una tasa significativamente menor de infarto de miocardio que dabigatrán 150 mg destinatarios (razón de riesgo, 0,39). En el grupo de prevención primaria, los receptores de apixaban tuvieron una tasa significativamente mayor de hemorragia grave (RR, 1,45), pero una tasa significativamente menor de hemorragia mayor que los que recibieron rivaroxaban en el grupo de prevención primaria (RR, 0,61).

Comentario: Las comparaciones indirectas entre los agentes farmacológicos utilizados en los diferentes ensayos son tentadores pero generalmente se considera poco fiable. En este análisis, el uso de apixaban para la prevención primaria tuvo la menor tasa de hemorragia mayor entre los tres nuevos agentes, pero una mayor tasa de accidente cerebrovascular isquémico en comparación con dabigatrán 150 mg. Los autores apropiadamente señalan que estas observaciones deben ser confirmados en estudios posteriores. Ensayos comparativos de anticoagulantes para la FA es improbable que se lleven a cabo en un futuro próximo. Sin embargo, los médicos deben considerar estos datos como intrigante pero no definitivos.

La hipertensión en la edad más avanzada.

Sabayan B et al. La Leiden 85-Plus Estudio. J Am Soc Geriatr 2012 Nov; 60:2014.

Entre los 85 y 90 años de edad, la Hipertensión Arterial se asoció con un deterioro físico y cognitivo.

Aunque un ensayo aleatorio indicó que el tratamiento de la hipertensión es beneficioso en pacientes de edad avanzada (JW Gen Med 14 de febrero 2012), sus participantes eran relativamente saludables. En un estudio de observación reciente, la hipertensión sistólica no se asoció con una mayor mortalidad en ancianos frágiles (JW Med Gen 30 de agosto 2012). Ahora, en un estudio basado en la población, los investigadores identificaron 572 de 85 años de edad, residentes en los Países Bajos y los siguió hasta la edad de 90. Los participantes fueron estratificados en la línea base en terciles basados en la presión arterial (PA sistólica, 110-146, 147-161, 162-215 y Hg mm).

Al inicio del estudio (edad 85), el aumento de la PA sistólica se correlacionó con mejores puntuaciones en el Examen Mini-Mental, así como una escala de actividades de la vida diaria. Durante los 5 años de seguimiento, la mayor PAS inicial se asoció con un empeoramiento físico y cognitivo. El aparente efecto "protector" de la presión arterial elevada a los 85 años, fue especialmente importante en las personas con una discapacidad más pronunciada al inicio del estudio. Los resultados fueron similares en los análisis realizados a los participantes que no tomaban medicamentos antihipertensivos.

Comentario: Estos resultados tienen varias explicaciones posibles: Mayores presiones arteriales podría tener un efecto protector en las personas mayores con arterias más rígidas o las personas que son más vulnerables a los efectos nocivos de la presión arterial alta podrían haber muerto ya, dejando una relativamente cohorte sana de los sobrevivientes hipertensos. Este estudio observacional no resuelve la cuestión de quién debe recibir tratamiento antihipertensivo, pero sí sugiere que hay que actuar con cautela al considerar los tratamientos farmacológicos para el "viejo muy viejo".

El sobrepeso parece asociarse con menor mortalidad por todas las causas.

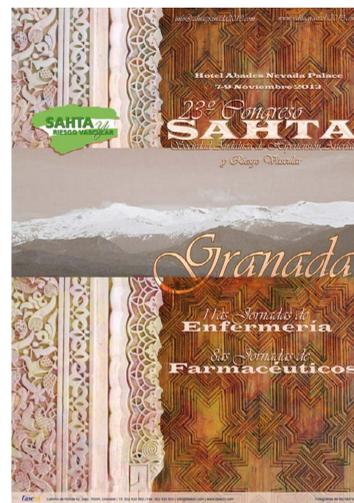
Katherine M. Flegal, PhD; Brian K. Kit, MD; Heather Orpana, PhD; Barry I. Graubard, PhD. JAMA. 2013;309(1):71-82.

El sobrepeso se asocia con una menor mortalidad por todas las causas que ser de peso normal, según un meta-análisis de JAMA, pero editorialistas son cautos en su interpretación.

Los investigadores examinaron el índice de masa corporal (IMC) y su relación con la mortalidad en cerca de 100 estudios, en total incluyendo 2,9 millones de personas. Las personas con niveles más altos de obesidad (es decir, con un IMC de 35 o más) tuvieron mayores tasas de riesgo para la mortalidad por todas las causas que las de peso normal (IMC entre 18,5 y 25).

Sin embargo, el índice de masa corporal entre 25 y 30 se asociaron con un riesgo significativamente menor (razón de riesgo, 0,94) que el peso normal, y un IMC de 30 a 35 no mostraron un mayor riesgo.

Los editorialistas concluyen que el establecimiento de IMC es sólo el primer paso hacia una evaluación del riesgo más exhaustiva.



Zona de Descarga

Descárguese los certificados a través de su zona personal con el usuario y contraseña obtenidos al realizar su inscripción:...

[Descargar Certificados](#)

