

Las tiazolidinedionas (TZD) vinculados con el riesgo de fractura osteoporótica

Marloes T. Bazelier et al. Article first published online: 6 MAR 2012 DOI: 10.1002/pds.3234

Dos ensayos clínicos controlados aleatorios implicados TZD en una menor densidad ósea en la cadera y la columna lumbar en las mujeres, y un meta-análisis de 10 estudios encontró aumento del riesgo de fractura en la parte superior del brazo, mano y pie.

Las TZD provocan la disminución de la densidad mineral ósea mediante la activación de peroxisoma activados por el proliferador de los receptores, que cambia el destino de las células madre mesenquimales de la médula ósea hacia el linaje de los adipocitos y lejos de los osteoblastos productores. La diabetes también puede afectar a la remodelación ósea mediante la alteración de metabolismo de la vitamina D, glicosilar colágeno, y aumento de la eliminación de calcio en orina.

El equipo evaluó 123,452 pacientes que estaban tomando medicación antidiabética oral de la base de datos holandesa PHARMO, que abarca desde 1998 hasta 2008 por consumo de drogas y la hospitalización. Los investigadores compararon a cada paciente con 4 pacientes control para el año de nacimiento y sexo. Los 451,388 pacientes del grupo control no tenían antecedentes de uso de la medicación antidiabética.

Cuando los pacientes que tomaban TZD se compararon con los pacientes que toman cualquier medicamento contra la diabetes, el riesgo global fue 1,25 veces mayor (95% IC, 1,09 a 1,43) en pacientes tratados con TZD. Sin embargo, la elevación fue estadísticamente significativa en las mujeres (HR, 1,36, IC 95%, 1,16 a 1,60), pero no en los hombres (HR = 1,04, IC 95%, 0,80 a 1,34).

Uno de cada 50 hipertensos nuevos tienen presión arterial resistente en 18 meses

Lisa Nainggolan. March 8, 2012

Los resultados destacan la realidad clínica de que una proporción creciente de los pacientes necesitarán un gran número de medicamentos para controlar su presión arterial. Tal vez el hallazgo más importante y más intrigante de Daugherty et al es el manifiesto de forma considerable aumento del riesgo cardiovascular en sujetos con hipertensión resistente.

La hipertensión resistente se asocia con un riesgo 50% mayor de eventos CV

Este estudio de cohorte retrospectivo de los pacientes se inició el tratamiento de 2002 a 2006. Entre 205 - 750 pacientes con hipertensión incidente, el 1,9% desarrolló hipertensión resistente en una mediana de 1,5 años de tratamiento inicial, o 0,7 casos por 100 persona-años de seguimiento.

¿Es la culpa de la aldosterona el mayor riesgo cardiovascular en los casos de hipertensión resistente?

La diferencia en las tasas de eventos cardiovasculares se produjo a pesar de que la duración de la HTA debe haber sido el mismo. Esto sugiere que un factor independiente de la carga de presión arterial, pueden acelerar la progresión de las enfermedades cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial resistente.

El nuevo estudio, publicado en línea el 1 de marzo en la revista Stroke, que se encuentra la diabetes aumenta el riesgo de un 3% cada año y se triplica en 10 años.

El Dr. Mitchell Elkind

Usando datos del Estudio del Norte de Manhattan, los investigadores analizaron 3298 multiétnicas participantes. Ellos encontraron que el 22% tenía diabetes al inicio del estudio y otro 10% pasó a desarrollar la enfermedad en el transcurso del estudio. Aparecieron 244 ictus isquémicos.

La duración de la diabetes se asociaron independientemente con el riesgo de ictus isquémico ajustado a los otros factores de riesgo. El riesgo se incrementa en un 3% cada año, y triplicaron diabetes ≥ 10 años.

DIFUSIÓN DE OPORTUNIDADES DE FINANCIACIÓN A LA I+D+i EN SALUD AÑO 2012:

[Ir al enlace....](#)

Efecto de la aspirina sobre las complicaciones vasculares y no vasculares: Meta-análisis de ensayos randomizados.

SRK Seshasai, et al. Arch Intern Med 2012;172(3):209-216

Meta-análisis sobre la eficacia y seguridad de la aspirina en prevención primaria. Se incluyeron 9 estudios randomizados con unos 100.000 participantes y con un seguimiento medio de 6 años. El tratamiento con aspirina redujo las complicaciones cardiovasculares en un 10% (OR 0,90; IC 95% 0,85-0,96; número de pacientes que se necesita tratar para prevenir un evento durante 6 años: 120), a expensas fundamentalmente de un descenso en la tasa de infarto de miocardio no fatal (OR 0,80; IC 95% 0,67-0,96; NNT 162). No hubo un descenso significativo en la mortalidad cardiovascular (OR 0,99; IC 95% 0,85-1,15) ni en la mortalidad por cáncer (OR 0,93; IC 95% 0,84-1,03). Hubo un incremento en la tasa de sangrado grave (OR 1,31; IC 95% 1,14-1,50; número de pacientes tratados para producir un daño 73). Los autores concluyen que el tratamiento con aspirina en prevención primaria no reduce la mortalidad y que el moderado descenso de la tasa de infarto es contrarrestado por un incremento en el número de sangrados graves, por lo que desaconsejan el tratamiento preventivo si no existe enfermedad cardiovascular previa.

Metanálisis del efecto de las estatinas en las mujeres comparados con los hombres.

Kostis, WJ, et al. J Am Coll Cardiol 2012;59:572-82.

Aunque el beneficio de la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular con las estatinas está bien implantado en ambos sexos, la prevención primaria de las mujeres ha sido objeto de debate, al estar establecido con menor claridad. Ello se debe fundamentalmente al hecho de que las mujeres han estado siempre infrarrepresentadas en los estudios, y a que, al exhibir de por sí un menor riesgo cardiovascular, el beneficio absoluto del empleo de estatinas, ha impedido tradicionalmente el poseer la potencia suficiente para obtener datos incontrovertibles. Para despejar todas estas dudas, los autores realizan un metanálisis de los estudios más relevantes sobre el empleo de las estatinas y la prevención cardiovascular con datos de ambos sexos, para ver si existen diferencias en el beneficio basadas en el género. Cumplen sus criterios de inclusión 18 estudios con un total de 141.023 participantes. Encuentran que si se emplean las estatinas, la tasa de eventos cardiovasculares (ECV) disminuye significativamente en ambos sexos, sin diferencia entre ellos, e independientemente del tipo de grupo control, del nivel de riesgo al inicio de los estudios, o del tipo de objetivo preestablecido, tanto en prevención primaria como secundaria. Destacan como la mortalidad por cualquier causa es también menor en el grupo que recibe estatinas, sin que existan diferencias significativas en función del sexo. Por todo ello, Kostis, WJ, et al, concluyen que el uso de las estatinas es beneficioso en la prevención de ECV y que disminuye la mortalidad total en ambos sexos, por lo que su empleo estaría indicado sin tener en cuenta la condición de hombre o mujer.

Prediabetes, Síndrome Metabólico y Riesgo Cardiovascular

Grundy SM. J Am Coll Cardiol 2012; 59:635-43.

Este interesante editorial pone sobre el tapete si la prediabetes debe ser tenida en consideración para la evaluación y el tratamiento del riesgo cardiovascular (RCV). La prediabetes representa una elevación de la glucemia plasmática por encima del rango normal, pero por debajo del que define la diabetes clínica, pudiendo ser identificada mediante la elevación de la glucosa en ayunas (IFG) o por la tolerancia alterada a la glucosa (IGT), detectable mediante los test de sobrecarga glucémica. Tanto la IFG como la IGT son factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes tipo 2, multiplicándose este cuando la IFG y la IGT se presentan juntas. Comúnmente, la prediabetes se asocia con el síndrome metabólico (SdMet) y ambos a su vez están estrechamente asociados con la obesidad. Los mecanismos por los cuales la obesidad predispone a la prediabetes y al SdMet no se conocen completamente, pero con alta probabilidad comparten substratos metabólicos comunes, como la resistencia a la insulina o la inflamación sistémica. La prediabetes tiene un impacto menor sobre la enfermedad microvascular. Aunque ciertos fármacos pueden retrasar la conversión de la prediabetes a diabetes franca, aún no está bien definido si estos medicamentos dados a largo plazo pueden influir en el desarrollo de la enfermedad microvascular. Si se conoce que la prediabetes predispone hacia la enfermedad macrovascular, pero la mayor parte de esta asociación parece estar mediada por el síndrome metabólico. De hecho, el enfoque preferido para la prevención cardiovascular es tratar todos los factores de riesgo constituyentes. El enfoque deseable del tratamiento tanto de la prediabetes como del SdMet es el estilo de vida, basado fundamentalmente en la reducción de peso y en la actividad física. Cuando se contempla el tratamiento farmacológico, máxime cuando el SdMet está presente, el objetivo primordial es la prevención de enfermedades cardiovasculares, siendo las dianas principales las elevaciones del colesterol y de la presión arterial. Por último, el editorialista se pregunta si debe hacerse un cribado para detectar la prediabetes. Aduce que no de forma universal, por razones de coste, aunque apela al buen juicio clínico para llevarlo a cabo, basado en la presencia de factores que incrementen la posibilidad de su hallazgo, tales como edad avanzada, obesidad, otros factores del SdMet, una historia familiar de diabetes o de enfermedad cardiovascular, o la presencia de signos de enfermedad arteriosclerótica.

Zona de Descarga

Descarguese documentos relacionados con el 22º Congreso SAHTA.....

Descargar Avance de Programa
Inscripción al Congreso
Normativa de Envío de Comunicaciones

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...