

ATEROMA

BOLETIN OFICIAL DE LA SOLAT Y DE LA SILAT BAJO LA RESPONSABILIDAD DE LA ASOCIACION BOLIVIANA DE ATEROESCLEROSIS

Marzo 2017

samcordovaroca@yahoo.com.ar • secordovaroca@gmail.com

Volumen 14 N°1

Autoridades de la SOLAT 2015-2017

Presidente

Dr. Francisco Fonseca Brasil

Vicepresidente

Dr. Miguel Angel Falasco Argentina

Secretario

Dr. Marcelo Assad Brasil

Tesorero

Dr. Alejandro Yenes Chile

Coordinador Región Sur

Dr. Álvaro Huarte Uruguay

Coordinador Región Centro

Dr. Jaime Bruges Colombia

Coordinador Región Norte

Dr. Manlio Blanco México

Fiscal

Dr. Alejandro Díaz Colombia

Director Ejecutivo

Dr. Iván Darío Sierra Colombia

Comité Ex Presidentes

Dr. Iván Darío Sierra Ariza Colombia

Dr. Jorge E. Torres Uruguay

Dr. José Emilio Fernández-Britto Cuba

Dr. José Benigno Peñaloza Perú

Dra. Silvia Lissman Uruguay

Dr. Manlio Blanco México

Dr. Hermes Xavier Brasil

Dr. Jorge Solano López Paraguay

Dr. Samuel Córdova Roca Bolivia

Dr. Alejandro Díaz Bernier Colombia



Auspicio gentilmente

Vale más que el oro



Los pacientes con artritis reumatoide padecen de un mayor número de enfermedades cardiovasculares (CV) y la mortalidad también se relaciona a dichas enfermedades, de acuerdo a estadísticas de países con cobertura de salud apropiada para las enfermedades crónicas. Y este fenómeno se reproduce en enfermedades similares en el mundo de la reumatología: la espondilitis anquilosante, artritis psoriática y esclerosis sistémica, entre otras.

Una enfermedad que por demás abruma por lo mismo es el lupus sistémico eritematoso, cuya población diana y de preferencia es la femenina y en edad reproductiva, y cuya incidencia de eventos CV es paradójicamente alta. En esa enfermedad, sumada a la patogenia aterotrombótica convencional, se destacan entre muchos el recientemente descubierto mecanismo de la apoptosis prematura de células endoteliales mediadas por efecto del interferon tipo I. No obstante, el comun denominador clave predisponente en todos esos ejemplos recae en la inflamación.

Basado en esos y previos hallazgos de aterotrombosis y con espíritu creativo, un científico dedicó toda su trayectoria para demostrar la hipótesis de la profunda interrelación entre la inflamación, y la enfermedad cardiovascular. El Dr. Paul Ridker, cardiólogo del hospital general de Massachusetts, fiel seguidor de ese postulado, reveló sorprendentes hallazgos favoreciendo su hipótesis: en 1997 publicó el valor predictivo de la proteína-C reactiva de alta sensibilidad (hsPCR) como marcador de inflamación en el desarrollo de trombosis en poblaciones con un perfil lipídico aceptable y que son prevenibles con la aspirina; luego presentó el estudio JUPITER (Justification for the Use of statins in Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin) en el 2008, en el que demuestra que las propiedades pleiotrópicas anti-inflamatorias de las estatinas al reducir C-LDL y hsPCR en individuos con una hsPCR elevada (≥ 2 mg/L) y con un perfil lipídico normal (C-LDL en aproximadamente 100 mg/dL) previenen los infartos cardiacos y accidentes vasculares cerebrales en cerca de un 50% y en un 20% la mortalidad de toda causa.

Sin embargo, y para demostrar en forma definitiva e independiente de la influencia en la modificación del colesterol que justifique la eficacia de las estatinas en la reducción de la inflamación, el mismo autor propuso estudiar su hipótesis con medicamentos que no influyen en el perfil lipídico. Y tomó como ejemplo a la artritis reumatoide. Esta enfermedad tratada con dosis bajas de metotrexato reduce la inflamación articular, y a su vez logra reducir los eventos CV totales hasta en un 21% y en un 18% la incidencia de infartos de miocardio ¿Qué propiedades de interés tiene dicho medicamento? No sólo inhibe la replicación celular al interferir enzimas clave como la dehidrofolato reductasa, sino que su propiedad anti-inflamatoria principal consiste en la inhibición de la enzima 5-aminoimidazol-4-carboxamida ribonucleotido (AICAR) transfomilasa y adenosina deaminasa, con lo cual habrá un aumento de AICAR monofosfato (ZMP) y de adenosina monofosfato (AMP). Este último producto a su vez facilitará el eflujo del colesterol y revertirá el transporte del colesterol de las células espumosas localizadas en la subíntima, por medio de la colesterol-27-hidroxilasa. Más aún en estudios con animales de experimentación se demostró que el ZMP y AMP activan la AMP-proteína quinasa, la cual mejora la expresión de proteínas citoprotectoras en el endotelio.

La aplicación de esa propuesta culminó con el CIRT (Cardiovascular Inflammation Reduction Trial), que es un estudio abierto de uso de dosis bajas de metotrexato vs. placebo en pacientes de riesgo alto cardiovascu-

■ Editorial	2
Vale más que el oro	2
Más pacientes necesitan dosis altas de tratamiento con estatinas	3
Llegar a los 45 años de edad sin tener hipertensión, obesidad o diabetes puede agregar 13 años a la vida	4
Definiciones de prediabetes: estudio ARIC	4
ACP: Las nuevas pautas para el tratamiento de la gota recomiendan corticosteroides, AINES, dosis bajas de colchicina	5
IMC alto no compromete la eficacia de los agentes anti-diabéticos	6
Puede un mayor IMC llevar a menor mortalidad?	6
IECAs, ARA II y tiazidas vinculados al aumento del riesgo de cáncer de piel	7
Diabetes: importantes nuevas recomendaciones en ADA 2017	7
AVC circulatorio anterior: resultados afectados por la variabilidad de la PA ..	8
Mejor posición del manguito de PA para los pacientes con obesidad?	9
ACP y AAFP desafían tendencias en las últimas guías de hipertensión	9
Reducción intensiva de la PA en adultos mayores: ¿cuál es el punto ideal?	10
El control intensivo de la PA en pacientes ancianos hipertensos	10
La hipertensión enmascarada acecha a uno de cada 8 de pacientes aparentemente normotensos	11
Implementación de los objetivos SPRINT: ¿la técnica de medición es un obstáculo?	11
La implementación de las metas SPRINT puede salvar más de 100,000 vidas cada año	12
Eplerenona en la hipertensión: revisión Cochrane llama evidencia no concluyente	12
Revitalización de la pioglitazona	13
La pioglitazona puede prevenir síndrome coronario agudo en resistencia a la insulina	13
Se recomienda precaución ante una posible lesión renal con inhibidores de SGLT2	14
El C-LDL predice el ictus isquémico en fibrilación auricular (Afib)	14
Nuevas guías sobre dislipidemia y aterosclerosis contiene varias recomendaciones	15
La adopción de la guía 2013 (ACC/AHA) dificulta la prevención de enfermedades cardiovasculares	16
Son las sulfonilureas malas para el corazón?	16
Atorvastatina/Ezetimiba versus estatinas doble dosis	17
El alopurinol puede proteger contra eventos CV en personas con diabetes y gota	17
Actualizaciones de la American Diabetes Association sobre la Retinopatía Diabética	18
¿Cuáles son los 5 factores que revelan la aterosclerosis subclínica en las mujeres?	19
Las primeras pautas de síncope de ACC / AHA / HRS cubren qué hacer para el paciente que se desmaya	19
Nuevas guías sobre enfermedad cardiaca valvular del ACC/AHA	20
■ Resúmenes de trabajos presentados en ACC's 66th Annual Scientific Session 2017 Convention Center, Washington, DC, U.S.A.	20
El Evolocumab reduce significativamente el riesgo de eventos cardiovasculares en resultados del estudio FOURIER ACC	20
Inclisiran dramatically lowered PCSK9 and LDL in ORION-1 trial ACC	21
La prueba de lípidos se omitió en más de un tercio de los pacientes de riesgo alto, incluso por cardiólogos ACC	21
Rivaroxaban con Dosis Reducida en la Prevención a Largo Plazo del Tromboembolismo Venoso Sintomático Recurrente - EINSTEIN CHOICE	22
Access to Non-Statins Lipid-Lowering Therapies in High-Risk ASCVD Patients	23
Lower On-Treatment Low-Density Lipoprotein Cholesterol Is Associated With Lower Cardiovascular Risk In Very High Risk Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease: Analyses From The Odyssey Trials	24
Predicting Cardiovascular Risk In Statin-Treated Patients: The Aim-High (Atherothrombosis Intervention In Metabolic Syndrome With Low Hdl/High Triglycerides: Impact On Global Health Outcomes) Residual Risk Score	25
■ Nuestra Actividad	26
Eventos para Recordar	26

CONSEJO EDITORIAL ATEROMA

Dr. Samuel Córdova Roca (Director)

Dr. Eduardo Aranda Torrelío †

Dra. Karina Chavarria

Dr. Félix Loza Chacón

Dr. Rubén Peredo



Editorial continuación...

lar, que incluye 7000 hombres y mujeres con previos infartos o accidentes vasculares cerebrales y con síndrome metabólico o diabetes mellitus. El objetivo principal intenta la prevención de nuevos eventos CV y de mortalidad, y será revelado pronto. Otro estudio similar y que aprovecha un medicamento diferente es el CANTOS (Canakinumab Anti-Inflammatory Thrombosis Outcomes). Este estudio tiene de protagonista una droga generada por biogenética: el Canakinumab, cuya indicación es muy reducida especialmente en enfermedades raras incluso para nosotros: fiebres familiares periódicas, enfermedad de Still y en algunas raras situaciones indicado para la crisis gotosa. Yo personalmente lo utilicé una sola vez. Lo interesante es su propiedad inhibitoria de una citoquina pro-inflamatoria, IL-1beta. La IL-1 es aterogénica y la teoría sugiere que el colesterol se comporta como un organismo extraño. Los cristales de colesterol, en forma parecida a los cristales de ácido úrico, al ser ingeridos por los macrófagos van a activar al inflammasoma NLRP3 con subsecuente liberación de la citoquina activa o IL-1beta. Esta última amplificará la reacción inflamatoria al activar a otras citoquinas, la IL-6 entre otras, que estimulará la producción hepática de reactantes de fase aguda como la PRC y el fibrinógeno. Al interrumpir esa transmisión se detendrá la migración

de células inflamatorias al endotelio causantes de la formación aterotrombótica y promoverá la recomposición en la pared del endotelio.

Comparando el metotrexato frente al Canakinumab esperemos que el primero demuestre mayor eficacia deseada y se lleve el premio, por su larga trayectoria meritoria, los efectos secundarios bien conocidos y su acceso fácil para todo bolsillo. El precio del metotrexato es ínfimo frente al segundo, cuyo costo anual en los EEUU sobrepasa los 90'000 U\$. No sólo eso, sino que será una gratificación para todos poder contar con un medicamento conocido pero limitado para algunos especialistas como nosotros. Si es así, nos dará mucho gusto poder transmitir nuestra experiencia sobre sus bondades, que en el tiempo demostró incluso valer más que el oro, que otrora era el rey del tratamiento de la artritis reumatoide.

Dr. Ruben Peredo

Jefe del Servicio de Reumatología

Director del Programa de Reumatología de adultos

Colegio de Albany

Centro Medico de Albany Nueva York, EEUU

« Resúmenes »

Más pacientes necesitan dosis altas de tratamiento con estatinas

Burke JP, Simpson RJ, Paoli CJ, McPheeters JT, Gandra SR. **Longitudinal treatment patterns among US patients with atherosclerotic cardiovascular disease or familial hypercholesterolemia initiating lipid-lowering pharmacotherapy.** *J Clin Lipidol.* 2016; 10(6):1470-1480.e3. doi: 10.1016/j.jacl.2016.09.002. PMID: 27919365



Para llevar

Las prácticas de tratamiento común con estatinas deben cambiarse de acuerdo con las directrices de la American College of Cardiology / American Heart Association, que recomiendan el tratamiento con dosis altas de estatinas para la mayoría de los pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECAT) o con riesgo alto cardiovascular (CV).

Por qué esto importa

La mayoría de los pacientes con riesgo CV alto reciben inicialmente dosis moderadas de estatinas; después del tratamiento inicial, los aumentos de dosis son infrecuentes.

Diseño del estudio

Los investigadores realizaron un análisis retrospectivo de los datos administrativos de los pacientes que iniciaron el tratamiento con estatinas o ezetimiba (N = 92,621, 64.7 y 57.3% hombres), que tenían evidencia de ECAT o hipercolesterolemia familiar (HF).

Los investigadores siguieron a los pacientes durante un máximo de 3 y hasta 4 episodios de tratamiento.

Financiamiento: Amgen.

Resultados principales

- La mayoría de los pacientes con ECAT (68,2%) e HF (71,1%) iniciaron con dosis moderadas de estatinas.
- La modificación más frecuente en el tratamiento en el primer episodio del manejo fue la suspensión (ECAT: 42,0%, HF: 58,4%); Entre los pacientes que descontinuaron, la mayoría reiniciaron la terapia (70.5% de ECAT, 76.8% de HF).
- Los aumentos de dosis de estatinas fueron más frecuentes durante el primer episodio de tratamiento, pero ocurrieron en sólo el 10,3% de los pacientes con ECAT y el 18,5% de los pacientes con HF.

Limitaciones

El estudio fue un análisis retrospectivo de base de datos y se basó en códigos de diagnóstico y procedimiento.

Los resultados del estudio son aplicables principalmente a una población de cuidados estables de manejo y pueden no ser generalizables para otras poblaciones.

Llegar a los 45 años de edad sin tener hipertensión, obesidad o diabetes puede agregar 13 años a la vida

Ahmad FS, Ning H, Rich JD, Yancy CW, Lloyd-Jones DM, Wilkins JT. **Hypertension, Obesity, Diabetes, and Heart Failure-Free Survival: The Cardiovascular Disease Lifetime Risk Pooling Project.** *JACC Heart Fail.* 2016; 4(12):911-919. doi: 10.1016/j.jchf.2016.08.001. PMID: 27908389

Este estudio fue diseñado para cuantificar la relación entre la ausencia de factores de riesgo (FR) de insuficiencia cardíaca (IC) en la edad media y la IC incidente, la supervivencia libre de IC y la supervivencia global.

PARA LLEVAR

Las personas de 45 o 55 años que no tienen hipertensión, obesidad o diabetes reducen el riesgo de IC en un 73% y un 86% en comparación con los tres FR.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

No se ha cuantificado la asociación entre la carga de FR en la edad media y la incidencia de IC.

RESULTADOS PRINCIPALES

- El hecho de no tener FR frente a los tres citados a los 45 años estuvo vinculado a reducciones del riesgo de IC de 73% para los hombres y 85% para las mujeres; incluso un riesgo menor para los participantes de raza negra (HR, 0.15).
- El no tener ninguno de los FR a los 45 años, agregó un promedio de 34.7 años libres de IC para los hombres y 38 años para las mujeres.
- Los participantes de raza blanca y los de raza negra sin diabetes tenían en promedio 10.3 y 8.6 años libres de IC, respectivamente.
- Los aumentos promedio de vida útil fueron de más de una década si los tres FR estuvieran ausentes en la mediana edad.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Muestreo de análisis agrupado a nivel individual, 4 estudios, incluyendo estudios de Framingham.

Total 19,249 a los 45 años; 23,915 a la edad de 55 años.

Financiamiento: Financiación del Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre, fondos institucionales de la Facultad de Medicina de Feinberg de la Universidad Northwestern.

CONCLUSIÓN

La prevención de la hipertensión, la obesidad y la diabetes para las edades de 45 y 55 años puede prolongar sustancialmente la supervivencia sin IC, disminuir la morbilidad relacionada con la IC y reducir el impacto de la misma en la salud pública.

LIMITACIONES

Variadas definiciones de IC

Diferentes períodos de reclutamiento y seguimiento pueden significar efectos de cohorte.

Los FR de desarrollo posterior no se contabilizaron.

Definiciones de prediabetes: estudio ARIC

Warren B, Pankow JS, Matsushita K, Punjabi NM, Daya NR, Grams M y cols. **Comparative prognostic performance of definitions of prediabetes: a prospective cohort analysis of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study.** *Lancet Diabetes Endocrinol.* Publicado en versión electrónica el 15 de noviembre de 2016.

No existe consenso entre las organizaciones internacionales sobre las definiciones de prediabetes (PD). El análisis de asociaciones con diferentes definiciones y complicaciones clínicas puede informar el valor comparativo de diferentes definiciones de PD. Los autores comparan el riesgo de resultados futuros a través de diferentes definiciones de PD basadas en la concentración de glucosa en ayunas, HbA1c y concentración de glucosa a las 2 h, durante más de dos décadas de seguimiento en el estudio comunitario Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC). El objetivo fue analizar las asociaciones de definiciones con resultados para proporcionar una comparación de las diferentes definiciones.

Realizaron un estudio prospectivo de cohorte de participantes en el estudio ARIC que no habían sido diagnosticados de diabetes y que asistieron a la visita 2 (1990-92; n = 10,844) y que asistieron a la visita 4 (1996-98; n = 7,194). Los participantes de ARIC fueron reclutados de cuatro comunidades de los Estados Unidos. Se midieron la concentración de glucosa en ayunas y la HbA1c en la visita 2 y se midieron la concentración de glucosa en ayunas y la concentración de glucosa a las 2 horas en la visita 4. Se compararon las definiciones de PD basadas en la concentración de glucosa en ayunas (ADA) 5.6 a 6.9 mmol / L y glicemia en ayunas (WHO) 6.1-6.9 mmol/L, HbA1c (ADA HbA1c cutoff 5,7-6,4% [39-46 mmol / mol] y Comité Internacional de Expertos [CIE] HbA1c, cutoff 6,0-6,4% [42-46 mmol / mol]), y concentración de glucosa a 2 h (ADA y OMS corte 7,8-11,0 mmol / L).

La PD se definió mediante el punto de corte de la concentración de glucosa en ayunas de ADA (prevalencia 4,112 [38%] de 10, 844 personas, IC 95% 37.0-38.8) fue el más sensible para los resultados clínicos mayores, mientras que el uso de corte de ADA para HbA1c (2,027 [19%] de 10, 884 personas, 18.0-19.4) y el corte CIE para HbA1c (970 [9%] de 10, 844 personas; 8.4-9.5) y el corte de concentración de glucosa en ayunas de la OMS (1,213 [11%] de 10,844 personas; 10.6-11.8) fueron más específicos. Después del ajuste demográfico, las definiciones de prediabetes basadas en la HbA1c tuvieron mayores razones de riesgo y una mejor discriminación de riesgo para enfermedad renal crónica, enfermedad CV, enfermedad arterial periférica y mortalidad por todas las causas que las definiciones basadas en la concentración de glucosa en ayunas ($p < 0,05$). La estadística C para la incidencia de enfermedad renal crónica fue de 0.636 para las categorías clínicas de concentración de glucosa en ayunas de la ADA y 0.640 para las categorías clínicas de la ADA HbA1c (diferencia -0,005, IC 95%: -0.008 a -0.001). Las estadísticas C fueron de 0.662 para las categorías clínicas de concentración de glucosa en ayunas de la ADA y 0.672 para las categorías clínicas de la ADA HbA1c para la enfermedad CV ateroesclerótica, 0.701 para las categorías clínicas de concentración de glucosa en ayunas ADA y 0.722 para las categorías clínicas HbA1c de la ADA para enfermedad arterial periférica, y 0.683 para las categorías clínicas de concentración de glucosa en ayunas de la ADA y 0.688 para las categorías clínicas de la ADA HbA1c, para la mortalidad por todas las causas. La PD definida mediante el corte de ADA HbA1c mostró una mejoría global significativa en el índice de reclasificación neta de los resultados CV y muerte en comparación con la PD definida con las glicemias. Las categorías clínicas de concentración de glucosa en ayunas de ADA, de la OMS y las categorías clínicas de glucosa de ADA y de OMS a las 2 h no fueron significativamente diferentes en términos de discriminación de riesgo para enfermedad renal crónica, resultados cardiovasculares o de mortalidad.

En conclusión, estos resultados sugieren que las definiciones de PD utilizando HbA1c fueron más específicas y proporcionó modesta mejoría en la discriminación del riesgo de complicaciones clínicas. La definición de PD usando el corte de concentración de glucosa en ayunas de ADA fue en general más sensible. Fondos: US National Institutes of Health.

ACP: Las nuevas pautas para el tratamiento de la gota recomiendan corticosteroides, AINES, dosis bajas de colchicina

Qaseem A, Harris RP, Forciea MA, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. **Management of acute and recurrent gout: a clinical practice guideline from the American College of Physicians.** *Ann Intern Med.* 2016 Nov 1 [Epub ahead of print]. doi: 10.7326/M16-0570.



PARA LLEVAR

Para la gota aguda se recomienda corticosteroides, AINES y colchicina en dosis baja.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

La gota es una condición inflamatoria dolorosa común que ha aumentado en la incidencia.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Las directrices se desarrollaron sobre la base de una revisión de ensayos controlados aleatorios publicados, grandes estudios observacionales y otras revisiones sistemáticas.

Financiamiento: American College of Physicians.

RESULTADOS PRINCIPALES

- Se recomienda encarecidamente, sobre la base de evidencias de alta calidad, que la gota aguda sea tratada con corticosteroides, AINES o dosis bajas de colchicina.
- Se recomienda fuertemente, basándose en evidencias de calidad moderada, que cualquier uso de colchicina debe ser con dosis bajas para obtener la mejor eficacia y menos efectos adversos, que el tratamiento a largo plazo de reducción de uratos no se inicie después de un primer ataque o ataques infrecuentes, y que cualquier uso del tratamiento de reducción de uratos en pacientes con ataques recurrentes sea precedido por una discusión de los problemas de tratamiento con el paciente.

LIMITACIONES:

No hubo pruebas suficientes para el asesoramiento dietético específico de la gota.

Relacionado con la disminución del uratos, hubo una falta de buenos estudios de efectividad comparativa que comparen los beneficios y los daños de las estrategias de tratar a la meta versus tratar de evitar ataque.

RECOMENDACIONES:

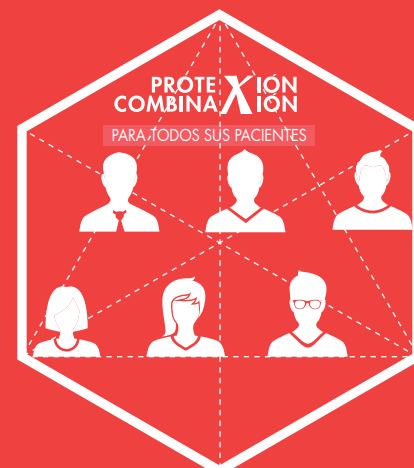
1. El ACP recomienda a los médicos elegir corticosteroides, AINES o colchicina para tratar a los pacientes con gota aguda. (Grado: fuerte recomendación, evidencia de alta calidad).
2. El ACP recomienda que los médicos usen dosis bajas de colchicina para tratar la gota aguda. (Grado: recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).
3. El ACP recomienda no iniciar la terapia de reducción de uratos a largo plazo en la mayoría de los pacientes después de un primer ataque de gota o en pacientes con ataques infrecuentes. (Grado: recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).
4. El ACP recomienda a los médicos discutir los beneficios, los daños, los costos y las preferencias individuales con los pacientes antes de iniciar la terapia de reducción de uratos, incluida la profilaxis concomitante, en pacientes con ataques recurrentes de gota. (Grado: recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).

LA FAMILIA DE
ELECCIÓN EN
HIPERTENSIÓN
ARTERIAL

ILTUX[®]
Olmesartán

ILTUX[®]HCT
Olmesartán/HCT

ILTUXAM[®]
Olmesartán y amlodipino



IMC ALTO NO COMPROMETE la eficacia de los agentes antidiabéticos

Cai X, Yang W, Gao X, Zhou L, Han X, Ji L. **Baseline Body Mass Index and the Efficacy of Hypoglycemic Treatment in Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis** *PLoS One*. 2016 Dec 9;11(12): e0166625. doi: 10.1371/journal.pone.0166625. eCollection 2016.

PARA LLEVAR

Todas las clases de agentes antidiabéticos evaluados mostraron una mejoría similar en el control glucémico independientemente del índice de masa corporal (IMC) de los pacientes al inicio del estudio.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Algunos estudios han sugerido que la eficacia puede variar según el peso del paciente.

RESULTADOS PRINCIPALES

- En comparación con el placebo, las sulfonilureas produjeron una mayor reducción de la hemoglobina A1c (HbA1c) en los pacientes con sobrepeso vs obesidad (diferencia mediae medias ponderada, -1,39% vs -0,77%, $p < 0,05$).
- La eficacia de otras clases de agentes no difirió significativamente por el IMC basal.
- En el análisis de regresión, para las 7 clases de agentes antidiabéticos estudiados, la media basal de IMC no se asoció significativamente con la media de cambio en la HbA1c.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Meta-análisis de 227 ensayos controlados aleatorios que compararon agentes antidiabéticos con placebo en pacientes con diabetes tipo 2.

Las clases de fármacos incluyeron sulfonilureas ($n = 1,275$); metformina ($n = 2,373$); Inhibidores de α -glucosidasa ($n = 4,059$); Tiazolidindionas ($n = 11,922$); Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4) ($n = 20,862$); Para los inhibidores del transportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2) ($n = 6,737$) y agonistas del receptor del péptido-1 del tipo glucagón (GLP-1) ($n = 4,768$).

El principal resultado fue el cambio en el nivel de HbA1c.

Financiamiento: Estudio apoyado por el National High-technology Research and Development Program of China, National Natural Science Foundation of China, and Merck China Ltd.

LIMITACIONES

Sólo se incluyeron los ensayos reportados en inglés.

Los ensayos difirieron con respecto a poblaciones y enfoques de tratamiento.

Puede un mayor IMC llevar a menor mortalidad?

Brida M, Dimopoulos K, Kempny A, Lioukakis E, Alonso-Gonzalez R, Swan L, Uebing A, Baumgartner H, Gatzoulis MA, Diller G-P. **Body mass index in adult congenital heart disease.** *Heart*. 2017 Feb 25 [Epub ahead of print]. doi: 10.1136/heartjnl-2016-310571

PARA LLEVAR

Un mayor IMC está asociado con una menor tasa de mortalidad en pacientes adultos con enfermedad cardíaca congénita (ACHD), especialmente en pacientes sintomáticos con enfermedad compleja en quienes el menor peso puede incrementar el riesgo de mortalidad.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

La relación entre mayor IMC y riesgo de mortalidad era desconocida en ACHD.

DISEÑO DEL ESTUDIO

3086 pacientes con ACHD.

Financiamiento: EMAH Stiftung Karla Voellm, Krefeld, Germany

RESULTADOS IMPORTANTES

- Basados en el IMC, 51.1% tenían peso normal, 6.2% tenían peso bajo, 28.2% con sobrepeso, y 14.6% eran obesos.
- Los pacientes con peso bajo tenían mas probabilidad de enfermedad cardíaca compleja (33.9% vs 22.4%; $P = .0005$) o eran mas sintomáticos (46.3% vs 34.5% New York Heart Association class ≥ 3 ; $P = .003$) comparado con todos los otros pacientes.
- Después del análisis univariable, el peso mayor ($P = .0007$) y el IMC mayor ($P = .02$) se asociaron con mejores resultados.
- El IMC mayor está asociado con menor mortalidad de toda causa en pacientes sintomáticos y con defectos cardíacos congénitos complejos.
- Cuando los pacientes mantenían o incrementaban peso durante el periodo de estudio se comparó con aquellos que perdían peso, esta pérdida estaba con una significativa mayor mortalidad en pacientes con defectos cardíacos complejos ($P = .04$).

CONCLUSIONES

Los pacientes con ACHD con un mayor IMC tuvieron una menor mortalidad. La asociación entre el IMC y la mortalidad fue especialmente pronunciada en pacientes sintomáticos con defectos cardíacos subyacentes complejos, lo que sugiere que la caquexia cardíaca puede desempeñar un papel. De hecho, la pérdida de peso en los pacientes complejos de ACHD se relacionó con una mortalidad aún mayor.


COLMIBE[®]
atorvastatina + ezetimibe

LA ASOCIACIÓN SUPERIOR
PARA REDUCIR EL COLESTEROL



IECAs, ARA II y tiazidas vinculados al aumento del riesgo de cáncer de piel

Nardone B, Majewski S, Kim AS, Kiguradze T, Martinez-Escala EM, Friedland R, y col. **Melanoma and Non-Melanoma Skin Cancer Associated with Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitors, Angiotensin-Receptor Blockers and Thiazides: A Matched Cohort Study.** *Drug Saf.* 2016 Dec 9 [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s40264-016-0487-9. PMID: 27943160

Existe controversia acerca de una asociación entre los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los bloqueadores de los receptores de la angiotensina (ARA II) y las tiazidas (TZ) y el riesgo de melanoma maligno (MM) y el carcinoma basocelular de cáncer de piel no melanoma (BCC) y carcinoma de células escamosas (SCC).

PARA LLEVAR

Se observó asociación de melanoma y exposición a tiazidas (TZs) y para cánceres de piel no melanoma y exposición a IECAs, ARA II y TZs.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Tanto los proveedores como los pacientes deben ser conscientes de esta asociación, especialmente para aquellos con alto riesgo de cáncer de piel.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de cohorte utilizando una base de datos de registros médicos, los casos tenían un orden documentado para un IECA, ARA II o TZ sin antecedentes de cáncer de piel, y los pacientes de control no tomaban IECA, ARA II, o TZ y no tenían ningún cáncer de piel anterior.

Financiamiento: Northwestern University Clinical and Translational Science Institute; National Center for Advancing Translational Sciences, Clinical and Translational Sciences Award.

RESULTADOS PRINCIPALES

- 27,134 pacientes fueron expuestos a un IECA; 187 desarrollaron melanoma (MM), 533 carcinoma basocelular (BCC) y 182 carcinoma de células escamosas (SCC).
- 13,818 pacientes fueron expuestos a un ARA II; 96 desarrollaron MM, 283 BCC y 106 SCC.
- 15,166 fueron expuestos a una TZ; 99 desarrollaron MM, 262 BCC y 130 SCC.
- Se encontraron asociaciones significativas para MM y TZ (OR, 1.82); BCC y ARB (OR, 2.86), IECA (OR, 2.23) y TZ (OR, 2.11); Y SCC y ARB (OR, 2.22), ACEI (OR, 1.94) y TZs (OR, 4.11).

CONCLUSIONES:

Se detectó una señal de seguridad para los IECAs, ARA II y TZs y BCC y SCC, así como para TZs y MM. Un aumento del conocimiento y la educación, especialmente para aquellos que están en riesgo alto de cáncer de piel, están garantizados para los pacientes y proveedores de salud. Se justifica una mayor exploración de estas asociaciones para estas clases de fármacos de uso común.



Diabetes: importantes nuevas recomendaciones en ADA 2017

Standards of Medical Care in Diabetes—2017: Summary of Revisions *Diabetes Care.* 2017;40(1):S4-S5. doi: 10.2337/dc17-S003.

Las nuevas recomendaciones para 2017 incluyen:

- Evaluar a los pacientes para problemas psicológicos, incluyendo distress de diabetes, depresión, ansiedad y trastornos alimentarios.
- Determinar el contexto social de los pacientes, incluyendo posibles barreras financieras, inseguridad alimentaria y estabilidad de la vivienda.
- Realizar pruebas de autoanticuerpos en familiares de primer grado de personas con diabetes tipo 1 para evaluar el riesgo.
- Considerar las mediciones periódicas de vitamina B12 en pacientes tratados con metformina, con suplementos según sea necesario.
- Considerar empagliflozina y liraglutida en pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular establecida.
- Evaluar el patrón y la duración del sueño como parte del manejo de la diabetes.
- Evitar estar sentado demasiado tiempo, debe interrumpirse cada 30 minutos con episodios breves de actividad física.
- La hipoglucemia clínicamente significativa ahora definida como ≤ 54 mg / dL, con "valor de alerta" para tomar acción a ≤ 70 mg / dL.
- Incluir el recuento de grasas y proteínas además de los carbohidratos para los pacientes que usan insulina precomida
- La cirugía bariátrica se denomina cirugía metabólica, con umbral para considerarla en pacientes con diabetes tipo 2 bajando el IMC <30 kg / m² (27,5 en Americanos-Asiáticos).

ALGO MÁS QUE UN β -BLOQUEANTE

NABILA
Comprimidos ranurados nebivolol 2,5/5/10 mg

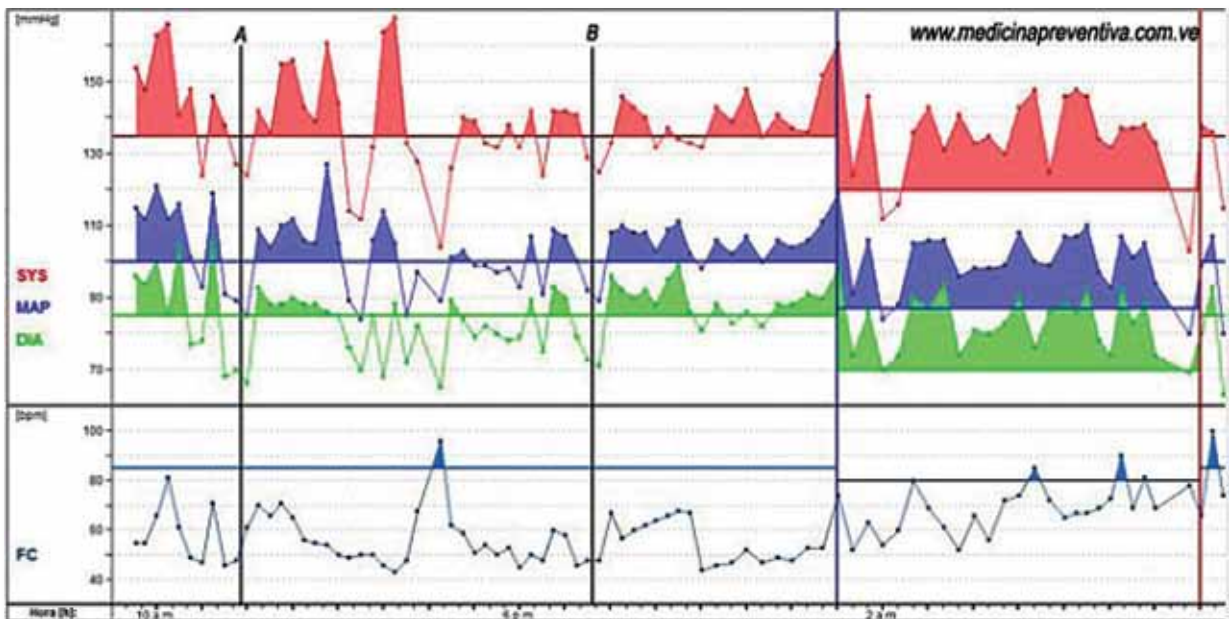
Cardioselectividad superior
 Nebivolol es el β -Bloqueante con mayor selectividad β_1 .

β_1 SELECTIVIDAD	40,7
0,73	4,23
Carvedilol	Metroprolol
15,6	Nebivolol

Relación de selectividad sobre receptores adrenérgicos β_1 vs. β_2 . Nebivolol es 40,7 veces más selectivo sobre receptores β_1 que sobre receptores β_2 .

AVC circulatorio anterior: resultados afectados por la variabilidad de la PA

de Havenon A, Bennett A, Stoddard GJ, Smith G, Wang H, Wold J, y col.. **Increased Blood Pressure Variability Is Associated with Worse Neurologic Outcome in Acute Anterior Circulation Ischemic Stroke.** *Stroke Res Treat.* 2016; 2016:7670161. doi: 10.1155/2016/7670161. PMID: 27974991



PARA LLEVAR

- El aumento de la variabilidad temprana de la presión arterial sistólica (BPV) se asocia con los resultados neurológicos de los pacientes con accidente circulatorio cerebrovascular isquémico anterior agudo.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Aunque la investigación sugiere que la BPV es perjudicial en las semanas a meses después del accidente cerebrovascular isquémico agudo, no se ha estudiado adecuadamente en el contexto agudo.

RESULTADOS PRINCIPALES

- La BPV sistólica se asoció con mayor puntuación de la Escala de Rankin modificada (mRS) en todos los puntos (0-24, 0-72 y 0-120 h, $P < 0,05$ para todos).

- Específicamente, el coeficiente de variabilidad de la PA sistólica tuvo la asociación más fuerte con mRS (OR, 2.32-4.33; $P < 0.05$ para todos) y muerte al seguimiento (OR, 2.97-8.79; $P < 0.05$ para todos).
- En el análisis de subtipos, la oclusión del vaso de la arteria patrón proximal (OR, 3.13-7.25, $P < 0.05$ para todos) y baja de la media de PA (OR, 4.05-8.77, $P < 0.05$ para todos) tuvieron las asociaciones más fuertes con la puntuación mRS.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se analizó a 215 pacientes con ictus de circulación anterior para determinar la asociación entre BPV y resultados neurológicos en 3 puntos.

La presión arterial media y los tres índices de BPV (desviación estándar, coeficiente de variación y variación sucesiva) para los inter-

valos 0-24, 0-72 y 0-120 horas después del ingreso se correlacionaron con la escala de Rankin modificada de seguimiento (mRS) en modelos de regresión logística ordinal.

Financiamiento: Centro Nacional para el Avance de las Ciencias Translacionales de los Institutos Nacionales de Salud.

CONCLUSIONES

El aumento de la BPV sistólica temprana se asocia con peores resultados neurológicos después del accidente cerebrovascular isquémico. Esta asociación es más fuerte en pacientes con presión arterial media más baja y oclusión proximal del vaso, a menudo a pesar del tratamiento endovascular o trombolítico.

LIMITACIONES

Diseño de un estudio retrospectivo.

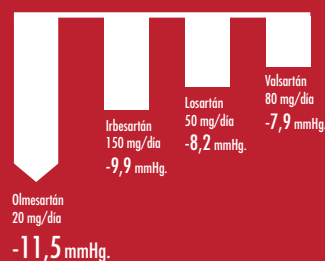


MAYOR EFICACIA

Mayor reducción de presión arterial diastólica (PAD) que otros ARA II

ILTUX[®]
Olmesartán

Cambios en la presión arterial diastólica (mmHg) con respecto al valor basal luego de 8 semanas de tratamiento.



Mejor posición del manguito de PA para los pacientes con obesidad?

Irving G, Holden J, Stevens R, McManus RJ. **Which cuff should I use? Indirect blood pressure measurement for the diagnosis of hypertension in patients with obesity: a diagnostic accuracy review.** *BMJ Open.* 2016;6(11):e012429. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012429. PMID: 27810973

PARA LLEVAR

• Para los pacientes con obesidad, las medidas de la PA con el brazalete del brazo son sensibles y lo suficientemente específicas para identificar la hipertensión, pero si el ajuste es deficiente, el manguito de la muñeca puede ser una mejor opción.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Los manguitos estándar pueden no ser lo suficientemente grandes para los brazos más gruesos, y la alternativa óptima no ha sido claramente establecida

RESULTADOS PRINCIPALES

- El ajuste correcto del brazalete del brazo produjo un 87% de sensibilidad y un 85% de especificidad.
- La medición de la muñeca frente al manguito del brazo tenía un 92% de sensibilidad y especificidad.

- Un brazalete del brazo mal ajustado produjo una especificidad relativamente baja (76%) y sensibilidad (73%), con resultados ligeramente mejores para la medición en el antebrazo (84% de sensibilidad, 75% de especificidad).

DISEÑO DEL ESTUDIO

Revisión sistemática, meta-análisis, 20 estudios.

Financiación: 1 autor cita fondos del gobierno.

CONCLUSIONES

La medición de la PA con un manguito correctamente ajustado en el brazo es suficientemente sensible y específico para diagnosticar la hipertensión en pacientes con obesidad y con una gran circunferencia del



brazo. Si no se puede aplicar un manguito correctamente ajustado, en el brazo no se debe usar un manguito de medida estándar incorrectamente ajustado y se debe considerar la medición de la PA en la muñeca.

ACP y AAFP desafían tendencias en las últimas guías de hipertensión

Qaseem A, Wilt TJ, Rich R, Humphrey LL, Frost J, Forciea MA; **the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians and the Commission on Health of the Public and Science of the American Academy of Family Physicians.** **Pharmacologic Treatment of Hypertension in Adults Aged 60 Years or Older to Higher Versus Lower Blood Pressure Targets: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians.** *Ann Intern Med.* 2017 Jan 17 [Epub ahead of print]. doi: 10.7326/M16-1785

PARA LLEVAR

El Colegio Americano de Médicos (ACP) y la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP) han recomendado un umbral de 150 mmHg de PA sistólica para el tratamiento en las personas \geq 60 años.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Estas recomendaciones son contrarias a las guías basadas en el estudio SPRINT en las que se aboga por un objetivo menor, pero se basan en los resultados de SPRINT y otros 20 ensayos controlados aleatorios (ECA).

RESULTADOS PRINCIPALES

- La primera recomendación es que los médicos comiencen el tratamiento en esta población si la PA sistólica permanece persistentemente \geq 150 mmHg, lo que el comité calificó como una recomendación fuerte con evidencia de alta calidad.
- La segunda recomendación es considerar un objetivo de $<$ 140 mmHg de PA sistólica para pacientes en esta población con antecedentes de ataque isquémico transitorio o accidente cerebrovascular, que se califica como una recomendación débil basada en

pruebas de calidad moderada.

- Por último, la tercera recomendación es considerar comenzar o intensificar el tratamiento farmacológico para pacientes de este grupo de edad que tienen un alto riesgo cardiovascular para alcanzar una presión sistólica $<$ 140 mmHg, que se califica como una recomendación débil basada en evidencia de baja calidad.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Las recomendaciones se derivan de una revisión sistemática de los ECA publicados hasta septiembre de 2016.



FLEXIBILIDAD
POSOLÓGICA

ILTUXAM[®]
Olmesartán y amlodipino

♥ Olmesartán 20 mg + amlodipino 5 mg

♥ Olmesartán 40 mg + amlodipino 5 mg

♥ Olmesartán 40 mg + amlodipino 10 mg

Reducción intensiva de la PA en adultos mayores: ¿cuál es el punto ideal?

Weiss J1, Freeman M1, Low A1, Fu R1, Kerfoot A1, Paynter R1, y col. **Benefits and Harms of Intensive Blood Pressure Treatment in Adults Aged 60 Years or Older: A Systematic Review and Meta-analysis.** *Ann Intern Med.* 2017 Jan 17. [Epub ahead of print]

PARA LLEVAR

El tratamiento de los pacientes ≥ 60 años a una PA $<150/90$ mmHg reduce la mortalidad, el ictus y los eventos cardíacos, especialmente si la PA sistólica inicial era ≥ 160 mmHg, pero metas más bajas pueden ser aceptables para los pacientes de riesgo alto.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Aunque las pautas recomiendan dirigir a 150 mmHg para la PA sistólica en este grupo de edad, los estudios recientes (por ejemplo, SPRINT) han planteado si los objetivos más bajos podrían ayudar más.

RESULTADOS PRINCIPALES

- Si se incluyeron los resultados del ensayo SPRINT, entonces observaron beneficios de metas inferiores.
- Pero si se eliminaron los resultados del SPRINT, los efectos beneficiosos de las metas agresivas sobre la mortalidad y los eventos cardíacos disminuyeron.
- Los datos de 9 ensayos tenían una fuerte evidencia de que la reducción de la PA a $<150/90$ mmHg para los pacientes que comenzaron con PA sistólica ≥ 160 mmHg estuvo vinculada a una disminución de la mortalidad (RR 0.90), disminución del ictus (RR, 0.74) y de los eventos cardíacos (RR, 0.77).

- Una meta inferior se asoció con una reducción de riesgo de ictus en pacientes con ictus previo (RR, 0.76) pero sin efecto sobre la mortalidad o los eventos cardíacos.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Meta-análisis de datos de 15 estudios, incluyendo el SPRINT.

Financiamiento: Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos y otras agencias federales.

LIMITACIONES

Grupo de edad específico.

Ensayos variados en población, tratamiento.

CONCLUSIONES

El tratamiento al menos a los estándares de referencia actuales para la PA ($<150/90$ mm Hg) mejora sustancialmente los resultados de salud en los adultos mayores. Hay evidencia menos consistente, en gran parte de un estudio dirigido a PA sistólica menor de 120 mm Hg, que los blancos menores de PA son beneficiosos para los pacientes de riesgo alto. Los blancos más bajos de la PA no aumentaron las caídas o la declinación cognitiva, pero se asociaron con hipotensión y síncope.

El control intensivo de la PA en pacientes ancianos hipertensos

Bavishi C, Bangalore S, Messerli FH. **Outcomes of Intensive Blood Pressure Lowering in Older Hypertensive Patients.** *J Am Coll Cardiol.* 2017;69(5):486-493. doi: 10.1016/j.jacc.2016.10.077. PMID: 28153104

En el 8JNC (2014) se recomendó un objetivo terapéutico de PA sistólica de <150 mmHg en pacientes ≥ 60 años de edad, en diferencia con la recomendación previa <140 mmHg.

PARA LLEVAR

Los resultados de este metaanálisis sugieren beneficios del control intensivo de la PA (<140 mmHg) en pacientes ancianos hipertensos, pero con un riesgo aumentado potencial para insuficiencia renal.

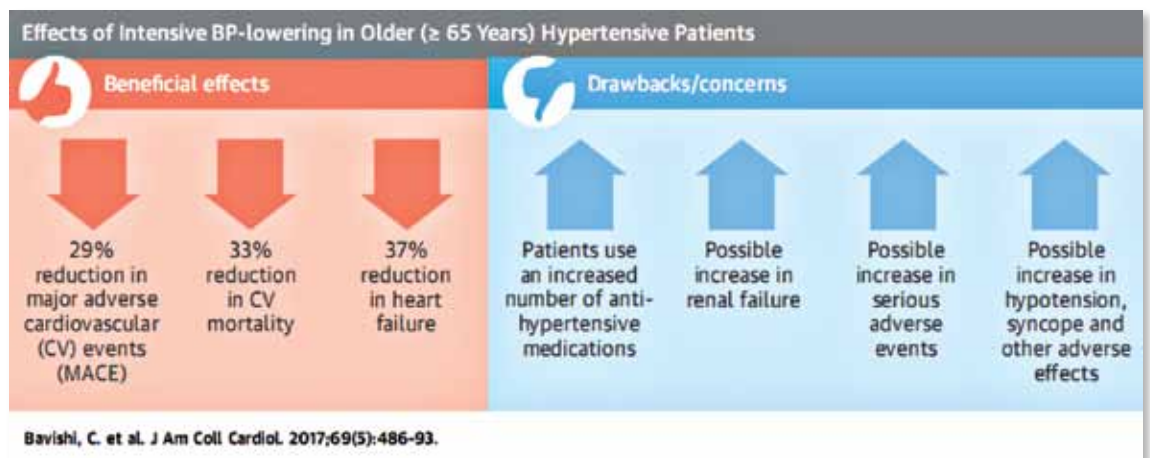
POR QUÉ ESTO IMPORTA

En la parte del estudio SPRINT centrada en los pacientes ancianos, la meta agresiva de la PA de <120 mmHg resultó en una disminución de la mortalidad cardiovascular (CV), lo que abrió la interrogante de cuán bajo es aconsejable ir con la PA.

RESULTADOS PRINCIPALES

El control intensivo de la PA redujo MACE (mortalidad CV, ictus, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca) en 29% (3.7% vs 5.2%; riesgo relativo [RR], 0.71; $P=0.0001$).

Con el control intensivo de PA, el riesgo de mortalidad CV cayó en 33% (1.1% vs 1.7%; RR, 0.67; $P=0.04$).



El riesgo de insuficiencia cardíaca también disminuyó con el control intensivo (1.3% vs 2.0%; RR, 0.63; $P=0.04$).

Las tasas de falla renal no fueron significativamente diferentes con los distintos regímenes de control (RR: 1.81; IC 95%: 0.86 a 3.80); sin embargo, un modelo mostró incremento en el riesgo de insuficiencia renal con la terapia intensiva (RR, 2.03).

El estudio se acompaña con un editorial.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se tomaron 4 ECA (incluyendo SPRINT-SENIOR, 10,857 pacientes [5,437 en el control intensivo de la PA, 5,420 en la estrategia estándar de la PA], seguimiento medio 3,1 años).

Financiamiento: Ninguno; Algunos autores citan relaciones con la industria

LIMITACIONES

Variabilidad en algunos factores de los ensayos incluidos.

El objetivo de PA intensivo fue <120 para SPRINT-SENIOR y <140 mmHg para otros 3 ensayos.

CONCLUSIONES

En los ancianos hipertensos, el control intensivo de la PA (PAS <140 mm Hg) disminuyó la MACE, incluyendo la mortalidad CV y la insuficiencia cardíaca. Los datos sobre los eventos adversos fueron limitados, pero sugirieron un mayor riesgo de insuficiencia renal. Al considerar el control intensivo de la PA, los médicos deben evaluar cuidadosamente los beneficios contra los riesgos potenciales.

La hipertensión enmascarada acecha a uno de cada 8 de pacientes aparentemente normotensos

Wang YC, Shimbo D, Muntner P, Moran AE, Krakoff LR, Schwartz JE. **Prevalence of Masked Hypertension Among US Adults With Nonelevated Clinic Blood Pressure** *Am J Epidemiol.* 2017 Jan 18. doi: 10.1093/aje/kww237. [Epub ahead of print]



PARA LLEVAR

La hipertensión enmascarada (HAE) está presente en un estimado de 17,1 millones de estadounidenses, o 1 de cada 8 personas cuya PA se registra como normal en una visita clínica.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Las personas con lecturas normales en consultorio pero con riesgo alto de enfermedad cardiovascular (CV) podrían beneficiarse de la monitorización ambulatoria de la PA de 24 horas, aunque esta herramienta puede fallar en algunos casos y ayudar a algunos pacientes más que a otros.

RESULTADOS PRINCIPALES

- La prevalencia estimada de HAE fue del 12,3% entre los pacientes sin enfermedad CV detectada y sin tomar antihipertensivos; que se traduce en 17,1 millones de adultos.
- Entre los que tuvieron PA óptima (<120/80), la prevalencia de HAE se estimó en un 6.6%.
- Para los pacientes con medidas prehipertensivas en la consulta ($\geq 120/80$), la prevalencia osciló entre el 17.3% y el 29.7%.
- Los hombres tenían el doble de prevalencia de HAE que las mujeres.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Datos agrupados de 2 estudios: Masked Hypertension Study (n = 811) y National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2010 (n = 9316).

Financiamiento: Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre y otros.

LIMITACIONES

Los autores advierten que estos resultados son una estimación provisional.

Amplios intervalos de confianza para muchos resultados.

Implementación de los objetivos SPRINT: ¿la técnica de medición es un obstáculo?

Agarwal R. **Implications of Blood Pressure Measurement Technique for Implementation of Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT).** *J Am Heart Assoc.* 2017;6(2). doi: 10.1161/JAHA.116.004536. PMID: 28159816

La morbilidad y mortalidad cardiovascular se redujo en un 25% cuando la presión arterial (PA) se dirigió a 120 mm Hg sistólica en comparación con 140 mm Hg sistólica en el Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT); Sin embargo, la PA se midió usando una técnica de investigación. SPRINT especificó 5 minutos de reposo sentado en una habitación tranquila seguida de 3 mediciones oscilométricas sin un observador en la habitación. No se conoce la relación de esta metodología de grado de investigación con las mediciones rutinarias de la PA

PARA LLEVAR

La implementación de los objetivos del SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) podría verse obstaculizada por la incapacidad de reproducir mediciones del grado de PA de la investigación en la clínica.

Asegurar 5 minutos de reposo tranquilo y 3 mediciones oscilométricas de PA mientras el paciente se sienta solo posiblemente no sea factible en muchos contextos clínicos.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Una meta sistólica agresiva de <120 mmHg se basa en los hallazgos del ensayo SPRINT de un 25% de reducción de la morbimortalidad cardiovascular.

La transferencia del SPRINT al mundo real ya ha encontrado algunos problemas, incluyendo hallazgos de que la mayoría de los pacientes del mundo real no se ajustan a los criterios de inclusión del ensayo.

DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio evaluó a 275 pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) para el grado de investigación (según las normas SPRINT), la clínica de rutina y la PA ambulatoria utilizando dispositivos validados.

Financiamiento: US Veterans Administration Merit Review

RESULTADOS PRINCIPALES

- Los grados de investigación de la PA sistólica y la PA diastólica fueron inferiores que las correspondientes a las mediciones de la PA clínica de rutina en 12.7 mm Hg y 12.0 mm Hg, respectivamente.
- Los grados de investigación de la PAS y de la PAD también difirieron de la PA ambulatoria; la PAS y la PAD de grado de investigación fueron inferiores a las correspondientes medidas ambulatorias en 7.9 mm Hg y 11.7 mm Hg, respectivamente.

LIMITACIONES

- Estudio restringido a varones y pacientes con ERC.
- La PA de rutina se mide siempre después de la PA de grado de investigación.

CONCLUSIONES

Tomados en conjunto, estos resultados sugieren que la traducción de los resultados del SPRINT requerirá la medición de la PA tal como se realizó en ese ensayo. En lugar de una manipulación algebraica de las mediciones rutinarias de la clínica, la metodología SPRINT de medición de la PA sería necesaria como mínimo si la implementación de los resultados del SPRINT fuera desplegada en la población en general.

La implementación de las metas SPRINT puede salvar más de 100,000 vidas cada año

Bress AP, Kramer H, Khatib R, Beddhu S, Cheung AK, Hess R, y col. **Potential Deaths Averted and Serious Adverse Events Incurred from Adoption of the SPRINT Intensive Blood Pressure Regimen in the U.S.: Projections from NHANES.** *Circulation*. 2017 Feb 13 [Epub ahead of print]. doi: 10.1161/ CIRCULATIONAHA.116.025322. PMID: 28193605

The Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT) demostró una reducción del 27% en la mortalidad por todas las causas con una meta de presión arterial sistólica <120 mmHg versus <140 mmHg entre adultos estadounidenses con riesgo alto cardiovascular (CV) pero sin diabetes, accidente cerebrovascular o insuficiencia cardíaca. Para cuantificar los beneficios y riesgos potenciales de la implementación de las metas del SPRINT los autores estimaron, las muertes evitadas y el exceso de eventos adversos graves (SAE) incurridos si se implementó el tratamiento intensivo de meta de PAS del SPRINT en todos los adultos estadounidenses elegibles.

PARA LLEVAR

Si todos los pacientes estadounidenses elegibles fueran tratados con las metas del Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT) se podrían salvar 107.500 vidas cada año.

Sin embargo, hay un aumento previsto de eventos adversos graves (SAE), incluyendo 88.700 casos de lesión renal aguda (AKI).

POR QUÉ ESTO IMPORTA

El SPRINT produjo una disminución de 27% en la mortalidad en su población de pacientes seleccionada.

Los pacientes elegibles para SPRINT tienen riesgo alto CV pero no tenían accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca o diabetes.

Aproximadamente 17 millones de adultos en los Estados Unidos podrían ser elegibles, pero 9 millones ni siquiera están siendo tratados por hipertensión.

La mayoría de los pacientes "reales" no cumplen con los criterios de SPRINT.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se evaluaron las tasas de mortalidad y SAE en los participantes elegibles para SPRINT (SE, n = 2185) del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) y se calcularon las predicciones para los pacientes (SA) si se aplicaron los criterios SPRINT.

Financiamiento: Ninguno.

RESULTADOS PRINCIPALES

- La mortalidad global disminuiría del 2,20% (SE) al 1,61% (SA), con una reducción de la mortalidad por año de 107.500.
- Sin embargo, en SA, los casos anuales adicionales de SAE aumentarían por:
 - AKI (n = 88,700; diferencia de riesgo [RD], 0.49%).
 - Hipotensión (n = 56,100; RD, 0.31%).
 - Anomalías electrolíticas (n = 43,400; RD, 0.24%).
 - Síncope (n = 34,400; RD, 0.19%).

LIMITACIONES

El método de medición de PA para SPRINT y NHANES es diferente.

Eplerenona en la hipertensión: revisión Cochrane llama evidencia no concluyente

Tam TS, Wu MH, Masson SC, Tsang MP, Stabler SN, Kinkade A, Tung A, Tejani AM. **Eplerenone for hypertension.** *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD008996. doi: 10.1002/14651858. CD008996.pub2. PMID: 28245343

La eplerenona es un bloqueador de los receptores de aldosterona que se deriva químicamente de la espironolactona. En Canadá, está indicado para uso como terapia adyuvante para reducir la mortalidad de pacientes con insuficiencia cardíaca clase II de la NYHA, falla cardíaca sistólica y disfunción sistólica ventricular izquierda. También se utiliza como terapia adyuvante para pacientes con insuficiencia cardíaca después del infarto de miocardio. Además, está indicado para el tratamiento de la hipertensión esencial leve y moderada en pacientes que no pueden ser tratados adecuadamente con otros agentes. Es importante determinar el impacto clínico de todos los medicamentos antihipertensivos, incluidos los antagonistas de la aldosterona, para apoyar su uso continuado en la hipertensión esencial. Ninguna revisión sistemática previa ha evaluado el efecto de la eplerenona sobre la morbilidad cardiovascular, la mortalidad y la magnitud de la disminución de la presión arterial (PA) en pacientes con hipertensión.

PARA LLEVAR

La eplerenona a 50-200 mg / día reduce la PA en la hipertensión primaria, pero no se conoce su asociación con resultados como la mortalidad y las dosis más bajas son ineficaces.

Esta revisión Cochrane concluye que la evidencia es insuficiente y de baja calidad para este fármaco, que ha estado en uso desde 2002.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Un reciente estudio muy pequeño demostró la eficacia de la eplerenona (Inspra) como complemento para la hipertensión resistente.

Un estudio anterior mostró que su compuesto madre la espironolactona también es eficaz como un fármaco adicional.

RESULTADOS PRINCIPALES

- Evidencia de calidad moderada sugirió una reducción de 9.21 mmHg y una reducción de 4.18 mmHg en la PA sistólica (PAS) y en la PA diastólica (PAD) respectivamente, con eplerenona (50 a 200 mg / día) versus placebo (p <0,001).
- Las dosis más bajas (25 mg / día) fueron ineficaces en la reducción de la PAS (diferencia de medias [MD], -5.7 mmHg, P = 0.07) y PAD (MD, -2.0 mmHg; P = 0.30).
- La evidencia de baja calidad sugiere que no hay efecto sobre:
 - Cualquier evento adverso (OR, 1.07).
 - Incidencia de evento que lleve al retiro (OR, 1.10).
- Evidencia insuficiente para concluir efectos sobre la mortalidad, morbilidad o eventos adversos graves.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Cinco estudios elegibles (n = 1437) identificados después de búsquedas en CENTRAL, MEDLINE y otras fuentes hasta marzo de 2016.

Financiamiento: Ninguno divulgado.

LIMITACIONES

Evidencia de calidad baja a moderada.

Revitalización de la pioglitazona

DeFronzo RA, Chilton R, Norton L, Clarke G, Ryder RE, Abdul-Ghani M. **Revitalization of pioglitazone: the optimum agent to be combined with a sodium-glucose co-transporter-2 inhibitor.** *Diabetes Obes Metab.* 2016 May;18(5):454-62. doi: 10.1111/dom.12652. Epub 2016 Apr 6.

El estudio EMPA-REG recientemente concluido mostró que la empagliflozina disminuyó significativamente el punto final de eventos cardíacos adversos mayores (MACE), que incluía muerte cardiovascular, infarto de miocardio (IM) no fatal e ictus, en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) de alto riesgo, Principalmente a través de una reducción de la muerte cardiovascular, sin una disminución significativa en el IM o el accidente cerebrovascular.

En el estudio PROactive, la pioglitazona disminuyó el punto final de MACE en un grado similar al observado en el estudio EMPA-REG, a través de una marcada reducción tanto del IM recurrente como del accidente cerebrovas-

cular y una modesta reducción de la muerte cardiovascular.

Estas observaciones sugieren que la pioglitazona podría ser un agente ideal para combinar con empagliflozina para reducir aún más los eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes de alto riesgo, ya que la empagliflozina también promueve la pérdida de agua / sal y podría compensar cualquier retención de líquidos asociada con la terapia con pioglitazona. En el presente trabajo, ofrecen una visión general de los beneficios potenciales de la terapia combinada pioglitazona / empagliflozina para prevenir eventos cardiovasculares en pacientes con DM2.



PARA LLEVAR

La pioglitazona puede ser útil para la prevención secundaria, junto con las estatinas, la aspirina, etc., en los pacientes post stroke con resistencia a la insulina pero no con diabetes.

La pioglitazona puede prevenir síndrome coronario agudo en resistencia a la insulina

Young LH, Viscoli CM, Curtis JP, Inzucchi SE, Schwartz GG, Lovejoy AM, y col. **Cardiac Outcomes After Ischemic Stroke or TIA: Effects of Pioglitazone in Patients with Insulin Resistance Without Diabetes.** *Circulation.* 2017 Feb 28 [Epub ahead of print]. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.024863. PMID: 28246237

POR QUÉ ESTO IMPORTA

La resistencia a la insulina se asocia con un mayor riesgo de infarto de miocardio (IM) y accidente cerebrovascular.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Análisis secundario del ensayo Insulin Resistance Intervention after Stroke (IRIS), en el que la pioglitazona redujo el riesgo compuesto de accidente cerebrovascular fatal y no fatal e IM en pacientes con resistencia a la insulina sin diabetes, después de un accidente cerebrovascular isquémico reciente o un ataque isquémico transitorio.

Una cohorte de 3876 participantes asignó al azar una media de 80 días después del evento y se siguió para una media de 4.8 años.

Financiamiento: National Institute of Neurological Disorders and Stroke; Pioglitazona y placebo fueron proporcionados por Takeda Pharmaceuticals International.

RESULTADOS PRINCIPALES

- La incidencia global de SCA fue del 5.1%, con 99 eventos en 83 participantes pioglitazona versus 126 en 116 participantes placebo (HR, 0.71; P = 0.02).
- Pioglitazona redujo significativamente el riesgo de IM espontáneo de tipo 1 (HR, 0.62; P = 0.03), pero no IM global (HR, 0.73; P = 0.08).

LIMITACIONES

El ensayo IRIS no fue propulsado solo para el efecto IM.

El beneficio debe sopesarse contra los efectos secundarios de aumento de peso, edema, fractura ósea y posible insuficiencia cardíaca (el IRIS excluyó pacientes con insuficiencia cardíaca preexistente).

Se recomienda precaución ante una posible lesión renal con inhibidores de SGLT2



ILTUX[®]HCT
Olmesartán/HCT

MAYOR ACCIÓN SELECTIVA

En aquellos pacientes cuya HTA no es adecuadamente controlada con la monoterapia

- Potencia el efecto antihipertensivo por su mecanismo de acción complementario.
- Excelente tolerabilidad sin efectos metabólicos.
- Mayor cumplimiento del tratamiento por su combinación fija en un solo comprimido.



Se recomienda precaución ante una posible lesión renal con inhibidores de SGLT2

Heyman SN, Khamaisi M, Rosen S, Rosenberger C, Abassi Z. **Potential Hypoxic Renal Injury in Patients With Diabetes on SGLT2 Inhibitors: Caution Regarding Concomitant Use of NSAIDs and Iodinated Contrast Media.** *Diabetes Care.* 2017 Jan 27 [Epub ahead of print]. doi: 10.2337/dc16-2200. PMID: 28130255

PARA LLEVAR

En pacientes con diabetes que reciben inhibidores de cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2): se debe mantener la hidratación, evitar los AINEs y parar los fármacos antes de los estudios radiológicos con contraste.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Una reciente Comunicación de la Seguridad de los Medicamentos de la FDA reportó 101 casos de lesión renal aguda en pacientes tratados con inhibidores de SGLT2.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Revisión de la literatura y comentarios.

Financiamiento: Ninguno

PUNTOS CLAVE

- La deshidratación causada por la diuresis osmótica y la natriuresis, particularmente

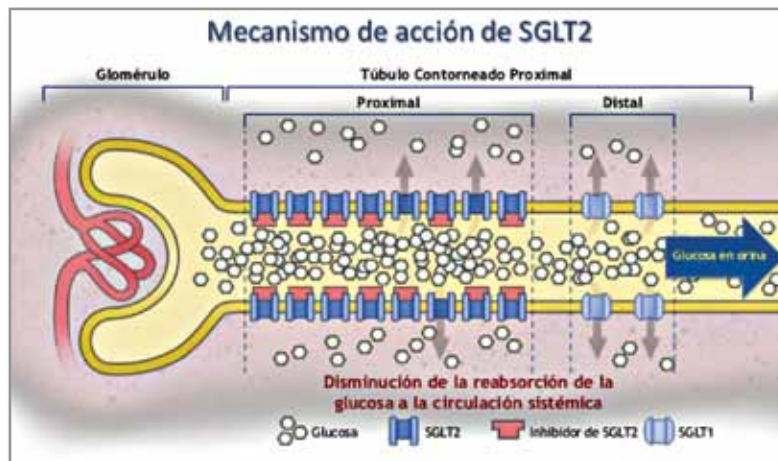
entre los pacientes frágiles que reciben diuréticos, podría conducir a la insuficiencia renal inducida por la inhibición de SGLT2.

- La hipoxia y la expresión de factores inducibles por hipoxia se intensifican en el riñón diabético, y la diabetes experimental predispone a la lesión tubular hipóxica medular.

• La introducción de SGLT2 en el manejo de la diabetes puede agravar aún más la hipoxia medular.

- La hipoxia medular mediada por inhibidores de SGLT2 puede ser clínicamente importante en circunstancias en las que existe una predisposición concomitante a una lesión hipóxica medular, como el uso de AINEs o agentes de radiocontraste.

• Las lesiones tubulares pueden ser detectadas en la actualidad por biomarcadores de orina precedentes o incluso en ausencia de deterioro funcional renal manifiesto, y deben utilizarse en estudios futuros para evaluar la verdadera incidencia de lesión tubular hipóxica en pacientes que reciben inhibidores de SGLT2 con disminución de la función renal.



El C-LDL predice el ictus isquémico en fibrilación auricular (Afib)

Qi Z, Chen H, Wen Z, Yuan F, Ni H, Gao W, y col.. **Relation of Low-Density Lipoprotein Cholesterol to Ischemic Stroke in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation.** *Am J Cardiol.* 2017 Jan 25 [Epub ahead of print]. doi: 10.1016/j.amjcard.2016.12.031

PARA LLEVAR

El C-LDL predice el accidente cerebrovascular isquémico en pacientes con Afib no valvular, con un valor de corte de riesgo de 2,48 mmol / L establecido en este estudio.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Añadir las medidas de colesterol LDL a la puntuación de riesgo CHA2DS2-VASc podría ayudar a refinar la predicción de riesgo para este grupo de pacientes Afib.

RESULTADOS PRINCIPALES

- Los valores altos de C-LDL predecían el ictus isquémico (OR ajustado, 2.004; P <.001).
- El uso de 2.48 mmol / L como corte tuvo una sensibilidad del 56.3% y una especificidad del 66.3%.
- La adición del valor de LDL a las puntuaciones de CHA2DS2-VASc conservó su significancia

como predictor con puntajes ≤ 5 , con un valor predictivo aumentado del CHA2DS2-VASc con la adición.

DISEÑO DEL ESTUDIO

424 pacientes con Afib no valvular y accidente cerebrovascular isquémico en comparación con 391 con Afib pero sin ictus isquémico.

Financiamiento: Proyectos de Investigación de la Oficina de Salud de Shanghai y Comité de Ciencia y Tecnología de Shanghai.

LIMITACIONES

Una población de pacientes relativamente pequeña.

Números muy pequeños con CHA2DS2-VASc ≥ 7 .

Limitaciones habituales de los estudios observacionales no aleatorizados.

NABILA[®]
Comprimidos ranurados neбиволol 2,5/5/10 mg

ES EL ÚNICO β -BLOQUEANTE CARDIO-SELECTIVO QUE INDUCE LA LIBERACIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO:



Menos efectos indeseados de broncoespasmos en pacientes con HTA y EPOC.



Ideal en pacientes diabéticos y dislipémicos.



No interviene en la actividad sexual.



Nuevas guías sobre dislipidemia y aterosclerosis contiene varias recomendaciones

Jellinger PS, Handelsman Y, Bell DS, Bloomgarden ZT, Brinton EA, Davidson M, y col. **American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis.** *Endocr Pract.* 2017 Feb 3 [Epub ahead of print]. doi: 10.4158/EP171764.GL. PMID: 28156151

TABLE 6
Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Categories and Low-Density Lipoprotein Treatment Goals

Risk category	Risk factors*/10-year risk ^a	Treatment goals		
		LDL-C	Non-HDL-C	Apo B (mg/dL)
Extrem Risk	- Progressive ASCVD including unstable angina in patients after achieving an LDL-C <70 mg/dL - Established clinical cardiovascular disease in patients with DM, CKD 3/4, or HeFH - History of premature ASCVD (<55 male, <65 female)	<55	<80	<70
Very High Risk	- Established or recent hospitalization for ACS, coronary, carotid or peripheral vascular disease, 10-year risk >20% - Diabetes or CKD 3/4 with 1 or more risk factor(s) - He FH			
High Risk	- ≥2 risk factors and 10-year risk 10% 20% - Diabetes or CKD 3/4 with no other risk factors	<100	<130	<90
Moderate Risk	≤2 risk factors and 10-year risk <10%	<100	<130	<90
Low Risk	0 risk factors	<130	<160	NR

PARA LLEVAR

Una nueva guía de práctica clínica de la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE) y el Colegio Americano de Endocrinología (ACE) contiene 87 recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia para prevenir la aterosclerosis

POR QUÉ ESTO IMPORTA

El 69% de los adultos estadounidenses tienen niveles de C-LDL por encima de 100 mg / dL.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Las recomendaciones se calificaron sobre la base del mejor nivel de evidencia: A, B o C cuando existía evidencia científica disponible, o D cuando sólo existía una opinión de expertos o falta de evidencia científica concluyente.

Financiamiento: AACE, ACE.

RESULTADOS PRINCIPALES

- La guía enfatiza la importancia de tratar el C-LDL en algunos individuos con metas

inferiores a las recomendadas anteriormente.

- Apoya el uso del nivel de apolipoproteína B y la concentración de partículas de LDL para refinar los esfuerzos para una reducción efectiva del C- LDL.
- Ofrece recomendaciones de detección para pacientes de diferentes edades e identifica problemas especiales para niños, adolescentes y pacientes con diabetes o hipercolesterolemia familiar.
- Aborda los retos asociados con la aterosclerosis y las enfermedades cardíacas que son específicos de las mujeres.
- Proporciona datos clínicos y de costos para apoyar la toma de decisiones sobre el tratamiento.

LIMITACIONES

De las 87 recomendaciones de la guía, 45 son de grado A, 18 de grado B, 15 de grado C y 9 de grado D.

COLMIBE[®]
atorvastatina + ezetimibe



LA ASOCIACIÓN SUPERIOR PARA REDUCIR EL COLESTEROL

La adopción de la guía 2013 (ACC/AHA) dificulta la prevención de enfermedades cardiovasculares

Pokharel Y, Tang F, Jones PG, Nambi V, Bittner VA, Hira RS, y col. **Adoption of the 2013 American College of Cardiology/ American Heart Association Cholesterol Management Guideline in Cardiology Practices Nationwide.** *JAMA Cardiol.* 2017 Mar 1 [Epub ahead of print]. doi: 10.1001/jamacardio.2016.5922. PMID: 28249067

PARA LLEVAR

La adopción de la Guía del Colesterol 2013, de la American College of Cardiology / American Heart Association (ACC / AHA) es limitada, con pocos cambios en las tendencias de prescripción para la terapia hipolipemiante.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Se requiere una implementación de directrices más agresiva para mejorar la prevención de enfermedades cardiovasculares

DISEÑO DEL ESTUDIO

Los investigadores analizaron las tendencias en el uso de estatinas de moderada a alta intensidad y terapia hipolipemiante no estatínica (LLT) en 161 practicantes de cardiología antes y después de la publicación de la guía de ACC / AHA de 2013.

Los participantes incluyeron 1,105,356 pacientes preguías (2,431,192 encuentros de pacientes del 1 de septiembre de 2012 al 1 de noviembre de 2013) y 1,116,472 pacientes

posguías (2,377,219) 2014, hasta el 1 de abril de 2015); Aproximadamente el 97% de los pacientes tenían enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

Financiación: American College of Cardiology Foundation National Cardiovascular Data Registry, Bristol-Myers Squibb, Pfizer Inc.

RESULTADOS PRINCIPALES

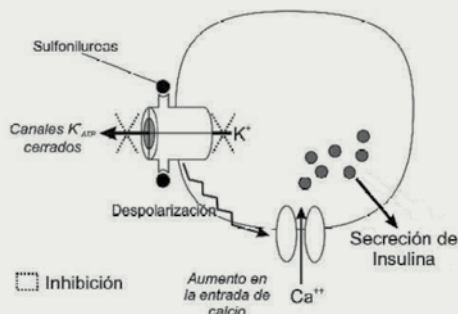
- Un número similar de pacientes (62.1%) estaban recibiendo terapia de estatinas de moderada a alta intensidad antes de la publicación de la guía comparado con 66.6% después de la publicación.
- Sólo una proporción ligeramente mayor de pacientes no recibió ningún LLT antes de la publicación (29,1%) vs después (24,1%).

LIMITACIONES

El uso bajo de estatinas podría estar relacionado con la intolerancia a las estatinas, para lo cual no se recopilaron datos.

Son las sulfonilureas malas para el corazón?

Middleton TL, Wong J, Molyneaux L, Brooks BA, Yue DK, Twigg SM, Wu T. **Cardiac Effects of Sulfonilurea-Related Hypoglycemia.** *Diabetes Care.* 2017 Feb 21 [Epub ahead of print]. doi: 10.2337/dc16-1972. PMID: 28223296



El objetivo era determinar el efecto de la hipoglucemia relacionada con las sulfonilureas sobre la repolarización cardíaca y la ectopia en un grupo de pacientes con diabetes tipo 2 bien controlada.

PARA LLEVAR

Considere el uso de agentes hipoglucemiantes que no causen hipoglucemia, particularmente en pacientes con diabetes tipo 2 (DT2) con riesgo alto cardiovascular.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en la diabetes.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Treinta pacientes con DM2 tratados con sulfonilurea se sometieron a 48 h de monitorización continua de glucosa concurrente y electrocardiografía ambulatoria.

Financiamiento: Merck Sharp & Dohme Corp. y University of Sydney.

RESULTADOS PRINCIPALES

- Se produjeron 15 episodios distintos de hipoglucemia en 9 pacientes.
- La mayoría de los episodios hipoglucémicos (73%) fueron asintomáticos, incluyendo el 90% (9 de 10) ocurren por la noche.
- La respuesta QTc a la hipoglucemia fue heterogénea: algunos pacientes registraron acortamiento de QTc, otros aumentaron.

- Entre aquellos con prolongación de QTc durante la hipoglucemia, la mayor prolongación de QTc ocurrió durante la noche.

- Significativamente mayor QT observado en el grupo hipoglucémico frente al grupo no hipoglucémico (0.193 vs 0.159; P = 0.01).

- La mayoría de los pacientes presentaron extrasistoles ventriculares y supraventriculares durante la hipoglucemia (5 de 9 y 7 de 9, respectivamente).

- Tendencia al aumento de extrasistoles durante la hipoglucemia relacionada con la sulfonilurea.

- Resultados similares, no significativos, observados en una cohorte separada tratada con insulina.

LIMITACIONES

Pequeño número de pacientes tratados con sulfonilurea.

Período corto de monitoreo.

Se incluyeron fumadores (fumar puede aumentar la hipoglucemia).

No hay datos sobre los efectos de la hipoglucemia relacionada con sulfonilurea entre los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida.



COLMIBE[®]
atorvastatina + ezetimibe

La Asociación Superior
para Reducir el Colesterol

Nimus[®]
Retard BEZAFIBRATO

Aleja efectivamente el Riesgo
de Enfermedad Cardiovascular

Lipifen[®]
ATORVASTATINA 10-20 mg

Más beneficios, más razones...
...para mantener el equilibrio

Atorvastatina/Ezetimiba versus estatinas doble dosis

Liu Z, Hao H, Yin C, Chu Y, Li J, Xu D. **Therapeutic effects of atorvastatin and ezetimibe compared with double-dose atorvastatin in very elderly patients with acute coronary syndrome.** *Oncotarget* (Feb 2017)

Compararon el efecto de 10 mg de atorvastatina combinada con 10 mg de ezetimiba versus 20 mg de atorvastatina en los resultados a largo plazo en pacientes muy ancianos con síndrome coronario agudo (SCA).

Un total de 230 pacientes octogenarios con SCA sometidos a coronariografía fueron asignados al azar al grupo de terapia combinada (atorvastatina 10 mg / día y ezetimiba 10 mg / d, n = 114) o doble dosis de atorvastatina (atorvastatina 20 mg / d, n = 116). El punto final primario fue la incidencia de eventos cardiovasculares (CV) adversos mayores de un año (incluyendo muerte cardiaca, infarto de miocardio espontáneo, revascularización no planificada).

Al final de un año, el porcentaje de pacientes con niveles de C-LDL disminuyó más del 30% o el 50% fueron comparables entre los dos grupos (93,5% frente a 90.1%, p = 0.36, 54.6% vs. 49.6% , P = 0.45). La tasa de eventos CV adversos mayores en el grupo de terapia combinada fue similar con el grupo de doble dosis de atorvastatina (23.2% vs. 19.8%, p = 0.55). En el modelo de regresión de COX, el riesgo de eventos CV adversos mayores en el grupo combinado no es significativamente mayor que el grupo con doble dosis de atorvastatina (HR [IC del 95%] 1.12 [0.51 a 2.55], p = 0.74). Los pacientes cuya alanina aminotransferasa aumentó más que el límite superior normal en el grupo combinado fue menor que el grupo con doble dosis de atorvastatina (2.8% vs. 9.0%, p = 0.05).

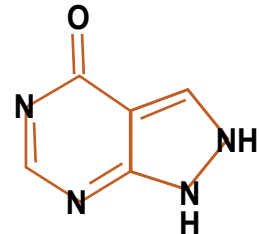
Los autores concluyen que para los pacientes muy ancianos con SCA, la atorvastatina mas ezetimiba indujo resultados similares a largo plazo en comparación con la dosis doble de atorvastatina pero con menos disfunción hepática.

El ALOPURINOL puede proteger contra eventos CV en personas con diabetes y gota

Singh JA, Ramachandaran R, Yu S, Curtis JR. **Allopurinol use and the risk of acute cardiovascular events in patients with gout and diabetes.** *BMC Cardiovasc Disord.* 2017;17(1):76. doi: 10.1186/s12872 -017-0513-6. PMID: 28288564

ALOPURINOL

- Fórmula química:
1H, 2H, 4H-pirazolo(3,4-d)piridimina-4-uno
- Fórmula molecular:
C5H4N4G



PARA LLEVAR

Los pacientes con gota y diabetes deben ser informados de los beneficios cardiovasculares (CV) adicionales posibles cuando el alopurinol es prescrito primero.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Tanto la diabetes como la gota son factores de riesgo de enfermedades CV

DISEÑO DEL ESTUDIO

Datos del 2007 – 2010 del US Multi-Payer Claims Database para 2,053,185 personas-día de uso actual de alopurinol y 1,671,583 personas-día de uso previo de alopurinol entre pacientes con gota y diabetes.

Financiamiento: Corporación Actuarial Research Corporation (on behalf of Department of Health and Human Services); Birmingham Veterans Affairs medical center.

RESULTADOS PRINCIPALES

- Las tasas de incidencia brutas de infarto agudo de miocardio (IM) o accidente cerebrovascular en usuarias actuales y anteriores de alopurinol fueron 2.81 y 3.30

por 100 personas-año, respectivamente.

- Después del ajuste para factores de riesgo CV y demográficos, los usuarios actuales de alopurinol tuvieron una incidencia significativamente menor de ictus o IM en comparación con usuarios anteriores (HR, 0.67).
- Hubo hallazgos similares en los análisis de sensibilidad ajustados para el uso de colchicina y la enfermedad inmune.
- Ni la colchicina ni la enfermedad inmune se asociaron significativamente con la incidencia de IM o el riesgo de ictus (HR, 0.80 y 1.04, respectivamente).

LIMITACIONES

El diagnóstico a través de los códigos de la CIE-9 podría conducir a errores de clasificación.

Los niveles de urato sérico no están disponibles para la mayoría de los pacientes.

No hay datos sobre variables clínicas, tales como IMC, tabaquismo, estilo de vida, uso de aspirina o antecedentes familiares de enfermedad CV.

Posible efecto adherente saludable.

MAYOR EFICACIA

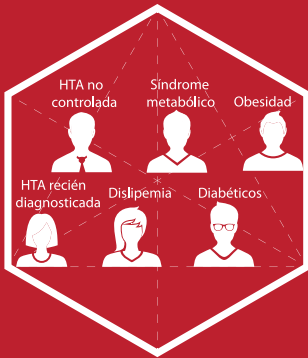
Porcentaje de pacientes que alcanzaron los niveles de LDL-C < 100 mg/dl

PACIENTES QUE ALCANZARON NIVELES DE LDL-C < 100 MG/DL



COLMIBE[®]
atorvastatina + ezetimibe

ILTUX[®]
Olmesartán

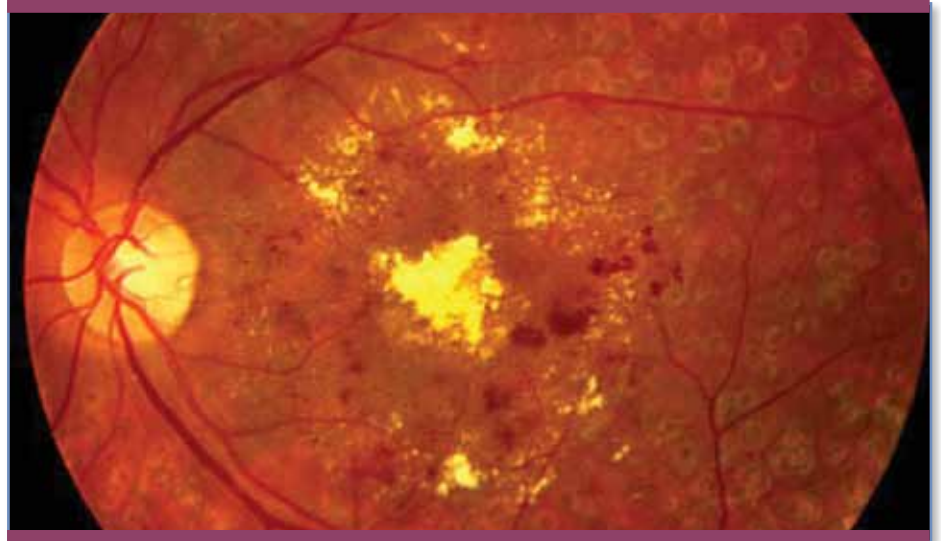


**PROTECCIÓN
COMBINACIÓN**
PARA TODOS SUS PACIENTES



Actualizaciones de la American Diabetes Association sobre la Retinopatía Diabética

Solomon S D., Chew E, Duh EJ, Sobrin L, Sun JK, VanderBeek BL y col. **Diabetic Retinopathy: A Position Statement by the American Diabetes Association.** *Diabetes Care* 2017 Mar; 40(3): 412-418.



Cribado

Recomendaciones

- Los adultos con diabetes tipo 1 deben someterse a un examen ocular inicial integral, por un oftalmólogo u optometrista dentro de los 5 años posteriores a la aparición de la diabetes. **B**
- Los pacientes con diabetes tipo 2 deben someterse a un examen ocular inicial integral por un oftalmólogo u optometrista en el momento del diagnóstico de la diabetes. **B**
- Si no hay evidencia de retinopatía para uno o más exámenes anuales de la vista, entonces los exámenes cada 2 años pueden ser considerados. Si existe algún nivel de retinopatía diabética, los exámenes de retina (con dilatación) posteriores para pacientes con diabetes tipo 1 o tipo 2 deben ser repetidos al menos una vez al año por un oftalmólogo u optometrista. Si la retinopatía progresa o amenaza la vista, entonces los exámenes serán requeridos con más frecuencia. **B**
- Las mujeres con diabetes tipo 1 o tipo 2 preexistentes que estén planeando un embarazo o que hayan quedado embarazadas deben ser asesoradas sobre el riesgo de desarrollo y / o progresión de la retinopatía diabética. **B**
- Los exámenes oculares deben ocurrir antes del embarazo o en el primer trimestre en pacientes con diabetes tipo 1 o tipo 2 preexistente, y luego estos pacientes deben ser monitoreados cada trimestre y durante 1 año después del parto, según lo indicado por el grado de retinopatía. **B**
- Si bien la fotografía de la retina puede servir como una herramienta de detección para la retinopatía, no es un sustituto de un examen de la vista integral, que debe realizarse al menos inicialmente y en intervalos a partir

de entonces según lo recomendado por un profesional oftalmólogo. **E**

Tratamiento

Recomendaciones

- Recomendar prontamente a los pacientes con cualquier nivel de edema macular, retinopatía diabética no proliferativa severa (un precursor de la retinopatía diabética proliferativa) o cualquier retinopatía diabética proliferativa a un oftalmólogo que esté informado y tenga experiencia en el manejo y tratamiento de la retinopatía diabética. **A**
- La fotocoagulación con láser reduce el riesgo de pérdida de la visión en pacientes con retinopatía diabética proliferativa de alto riesgo y, en algunos casos, retinopatía diabética no proliferativa grave **A**
- Las inyecciones intravítreas de factor de crecimiento endotelial anti-vascular están indicadas para el edema macular diabético central, que ocurre debajo del centro foveal y puede amenazar la visión de lectura. **A**
- La presencia de retinopatía no es una contraindicación al tratamiento con aspirina para la cardioprotección, ya que la aspirina no aumenta el riesgo de hemorragia retiniana. **A**

Perlas: Prácticas

- Optimizar el control glucémico, la presión arterial y los lípidos séricos para reducir el riesgo o enlentecer la progresión de la retinopatía diabética.
- Siga las recomendaciones de cribado para los pacientes con diabetes para el examen ocular por el oftalmólogo u optometrista.
- La presencia de retinopatía no es una contraindicación para la terapia con aspirina para la cardioprotección porque la aspirina no aumenta el riesgo de hemorragia retiniana.

¿Cuáles son los 5 factores que revelan la aterosclerosis subclínica en las mujeres?

Qin G, Chen Z, Su W, Geng X, Chen X, Xu X, Pan W. **Clinical usefulness of metabolic risk factors to identify young asymptomatic women adults with subclinical atherosclerosis: A cross-sectional study.** *Medicine* (Baltimore). 2017;96(11):e6237. doi: 10.1097/MD.0000000000006237. PMID: 28296733

PARA LLEVAR

La aterosclerosis subclínica puede detectarse en mujeres mediante una evaluación combinada de la edad, los niveles de glicemia en ayunas (FBG) y los niveles sanguíneos de colesterol de C-LDL, C-HDL y gamma glutamiltransferasa (GGT).

POR QUÉ ESTO IMPORTA

La evaluación de estos indicadores puede ayudar a guiar las intervenciones tempranas para la enfermedad cardiovascular latente (ECV).

DISEÑO DEL ESTUDIO

Los investigadores estudiaron mujeres asintomáticas sometidas a un examen de detección de salud (N = 950, rango de edad de 18 a 44 años).

Compararon las mediciones del espesor de la íntima-media de carótida (CIMT) con las de los triglicéridos séricos (TG), C-HDL, C-LDL, glucosa en sangre en ayunas (FBG), homocisteína (HCY), gamma glutamiltransferasa (GGT) y ácido úrico.

Los investigadores realizaron análisis estadísticos utilizando el software SPSS 17.

Financiamiento: Ninguno divulgado.

RESULTADOS PRINCIPALES

- 16 pacientes (1.7%) habían aumentado la CIMT.
- Cuando los investigadores probaron un modelo de combinación lineal de edad, FNG, LDL-C, HDL-C y GGT, el área bajo la curva (AUC) fue 0.809 (p <0.001), superior a cualquiera de los indicadores tomados solo.

LIMITACIONES

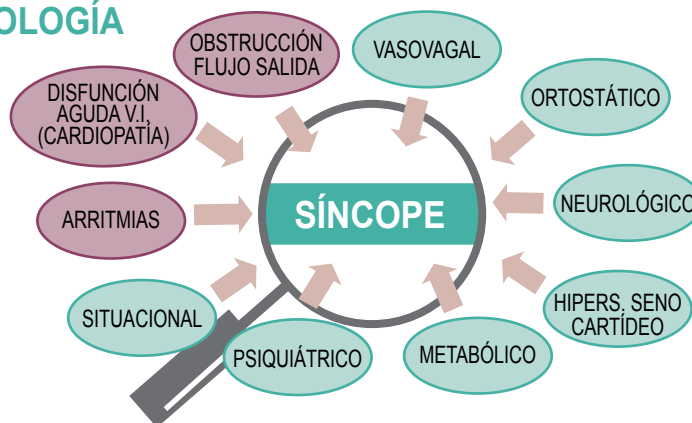
La mayoría de los pacientes eran de la provincia china de Zhejiang; Los resultados pueden no aplicarse a otras poblaciones.

El estudio fue transversal y no confirmó la causalidad.

Las primeras pautas de síncope de ACC / AHA / HRS cubren qué hacer para el paciente que se desmaya

Shen W-K, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, y col. **2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society.** *J Am Coll Cardiol.* 2017 9 Mar [Epub ahead of print]. doi: 10.1016/j.jacc.2017.03.003.

ETIOLOGÍA



PARA LLEVAR

Hasta 1 de cada 2 personas se desmaya en algún momento, por lo que esta primera iteración de las guías de manejo y evaluación del síncope del American College of Cardiology / American Heart Association / Heart Rhythm Society (ACC / AHA / HRS), ofrecen una herramienta nueva y útil para cada uno

POR QUÉ ESTO IMPORTA

La etiología final del desmayo puede ser difícil de alcanzar y compleja, al igual que el diagnóstico y el manejo.

A pesar de esta complejidad, guías de diagnóstico y manejo no han sido publicadas previamente.

RESULTADOS PRINCIPALES

- Abarca una amplia gama de causas de síncope, incluyendo arritmia, estructura cardiovascular, genética, condiciones reflejas, síncope relacionado con fármacos y pseudosíncope.

- Contiene recomendaciones relacionadas con el estilo de vida, tales como la conciencia del pródromo, la ingesta de líquidos y la conducción.
- Aborda poblaciones específicas, incluyendo atletas, pacientes pediátricos y geriátricos, y causas inusuales de síncope, como enfermedades de Lyme y Chagas, tumores cardíacos y síndrome carcinoide.
- Las guías de la muestra incluyen dejar que los pacientes sepan que el síncope común no pone en peligro la vida, usando el electrocardiograma para la evaluación inicial y no la IMR / CT o los laboratorios regulares para el tratamiento inicial y la determinación del uso de betabloqueantes y dispositivos implantables o de monitoreo y cuándo evitar tipos específicos de ejercicio.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Líneas guía. También hay disponible un resumen ejecutivo.

NABILA
Comprimidos ranurados nebevivol 2,5/5/10 mg

CÓMODA POSOLOGÍA RECOMENDADA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Dosis habitual: **5 mg/día**

Dosis de inicio en el anciano: **2,5 mg/día**

Dosis en insuficiencia renal: **2,5 mg/día**

RÁPIDA Y CORTA
TITULACIÓN
**1 ÚNICA
TOMA DIARIA.**



Nuevas guías sobre enfermedad cardíaca valvular del ACC/AHA

Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Fleisher LA, 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2017 March 15. Doi: 10.1161/CIR.0000000000000503. [Epub ahead of print]

PARA LLEVAR

El ACC y AHA han publicado nuevas guías de práctica clínica para el tratamiento de la enfermedad cardíaca valvular, incluyendo terapia médica, intervenciones y técnicas diagnósticas.

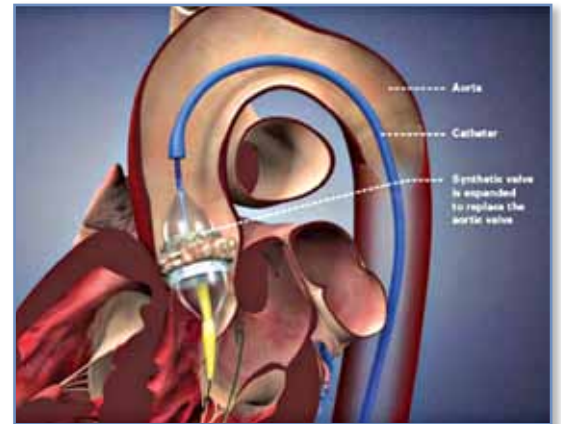
POR QUÉ ESTO IMPORTA

Varios ensayos controlados aleatorios y otros estudios han arrojado nueva información sobre el reemplazo valvular aórtico transcathéter (TAVR), el manejo quirúrgico de la regurgitación mitral (MR) y las prótesis valvulares des-

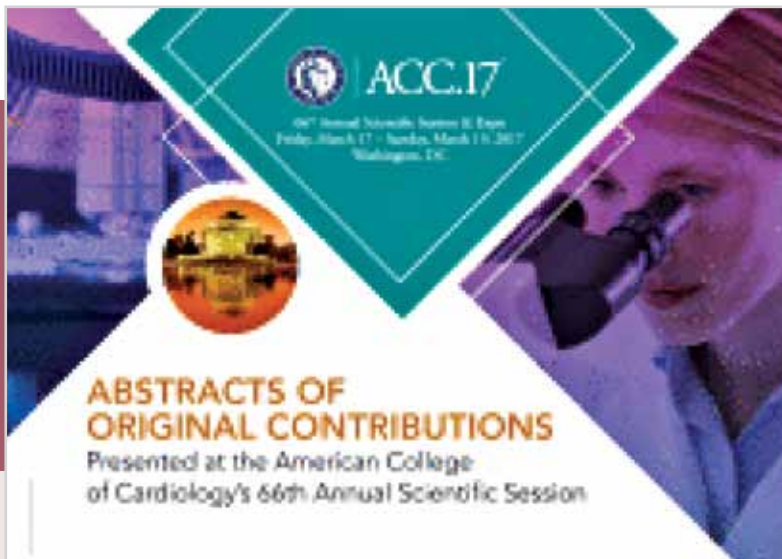
de que se publicaron las guías VHD en 2014.

TEMAS ABORDADOS

- Profilaxis e intervención de la endocarditis infecciosa.
- Anticoagulación para Afib en pacientes con VHD.
- Elección de la intervención para la estenosis aórtica.
- Etapas de RM crónica primaria y secundaria e intervenciones recomendadas.



- Recomendaciones para terapia médica e intervención para válvulas protésicas, incluyendo trombosis y estenosis de válvulas.



Resúmenes de trabajos presentados en ACC's 66th Annual Scientific Session 2017 Convention Center, Washington, DC, U.S.A.

El Evolocumab reduce significativamente el riesgo de eventos cardiovasculares en resultados del estudio FOURIER I ACC

PARA LLEVAR

El Evolocumab (Repatha) reduce significativamente el riesgo de eventos cardiovasculares (CV).

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Los pacientes con enfermedad CV aterosclerótica se benefician de reducir los niveles de LDL por debajo de las metas actuales.

RESULTADOS PRINCIPALES

- A las 48 semanas, el porcentaje medio de reducción de C-LDL con evolocumab vs placebo fue del 59%, desde una media basal de 92 mg / dL a 30 mg / dL; $P < 0,001$).
- Evolocumab vs placebo redujo significativamente el riesgo del punto final (1,344 pacientes [9.8%] frente a 1,563 pacientes [11.3%], razón de riesgo [HR] 0.85, $P < 0,001$) y el punto final secundario principal (816 [5.9%] vs 1,013 [7.4 %], HR 0.80, $P < 0,001$).
- Los resultados fueron consistentes entre los subgrupos principales, incluidos los pacientes en el cuartil más bajo para el C-LDL basal (media de 74 mg / dL).

- No hubo grandes diferencias entre los grupos de estudio en AE.

DISEÑO DEL ESTUDIO

El FOURIER fue un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo en el que participaron 27,564 pacientes con enfermedad CV aterosclerótica y C-LDL de 70 mg / dL o más, recibiendo tratamiento con estatinas.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a evolocumab (140 mg cada dos semanas o 420 mg mensuales) o a placebo como inyección subcutánea.

El punto final primario de eficacia fue un compuesto de muerte cardiovascular, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, hospitalización por angina inestable o revascularización coronaria.

El punto final secundario de la eficacia fue el compuesto de muerte CV, infarto de miocardio o ictus.

La duración media del seguimiento fue de 2,2 años.

Inclisiran dramatically lowered PCSK9 and LDL in ORION-1 trial | ACC

Presented at the 2017 annual meeting of the American College of Cardiology.



PARA LLEVAR

El Inclisiran disminuyó dramáticamente el PCSK9 y C-LDL entre los pacientes con riesgo alto cardiovascular que tenían niveles elevados de C-LDL.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Se requieren terapias adicionales para los pacientes con estatinas que están en alto riesgo de eventos cardiovasculares.

RESULTADOS PRINCIPALES

- Entre los pacientes (n = 501) sometidos a la aleatorización, los que recibieron inclisiran tuvieron reducciones dosis-dependientes de PCSK9 y LDL.
- Al día 180, las reducciones medias de los mínimos cuadrados de los niveles de LDL fueron 27,9 a 41,9% después de una dosis única de inclisiran y de 35,5 a 52,6% después de dos dosis (P <0,001 para todas las comparaciones versus placebo).
- El régimen de dos dosis de 300 mg de inclisiran produjo la mayor reducción en los niveles de LDL: el 48% de los pacientes que recibieron el régimen tenían un nivel de LDL por debajo de 50 mg/dL al día 180.
- Al día 240, los niveles de PCSK9 y LDL permanecieron significativamente más bajos que en la línea basal en asociación con todos los regímenes de inclisiran.
- Se produjeron acontecimientos adversos graves en el 11% de los pacientes que recibieron inclisiran y en el 8% de los pacientes que recibieron placebo.

DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio ORION-1 es una fase 2, multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo, de dosis múltiple ascendente de inclisiran administrado como una inyección subcutánea en pacientes de riesgo alto de enfermedad cardiovascular que tenían C-LDL elevado.

El punto final primario primario fue el cambio en los niveles de C-LDL desde basal a los 180 días.

La prueba de lípidos se omitió en más de un tercio de los pacientes de riesgo alto, incluso por cardiólogos | ACC

PARA LLEVAR

La prueba de lípidos no se realiza en más de un tercio de los pacientes de alto riesgo en la práctica actual.

POR QUÉ ESTO IMPORTA

Las pruebas de lípidos pueden optimizar el uso de las estatinas y la dosificación según las guías, así como identificar a los usuarios de estatinas que no son adherentes o necesitan una reducción más intensa de los lípidos.

RESULTADOS PRINCIPALES

- Pre-reclutamiento, 4,840/7,627 (63%) pacientes tenían pruebas de lípidos clínicamente ordenadas.
- Los cardiólogos no tenían más probabilidades de hacer pruebas que otros proveedores (64% vs 63%, P = 0.34).
- Los pacientes sin pruebas de lípidos eran más frecuentemente mujeres (49% vs 46%), no blancos (22% vs 11%) y no universitarios (39% vs 32%).
- Entre los adultos recomendados para una estatina, el 40% no la recibían y el 36% sí con estatina, pero la dosis insuficiente de acuerdo a las guías y no tenían ninguna medida de lípidos en los últimos dos años.
- Entre los adultos de prevención primaria con estatinas, la prueba previa de C-LDL se asoció con una mayor probabilidad de C-LDL-C <100.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Las guías de ACC / AHA de 2013 recomiendan las pruebas de C-LDL para evaluar los candidatos a estatinas y la adhesión; En la práctica, con qué frecuencia y en qué pacientes se realizan los análisis de lípidos son desconocidos.

Investigadores del Instituto de Investigación de la Clínica Duke, Durham, N.C., obtuvieron datos del Registro de PALM, que reclutaba a pacientes con o en riesgo de ECVATE de 140 cardiólogos de los Estados Unidos y clínicas de atención primaria en 2015.



CAMBIO PROMEDIO % EN C-LDL CON RESPECTO AL VALOR BASAL

La eficacia de atorvastatina 10 mg + ezetimibe 10 mg para reducir el colesterol LDL (en un 50%) es similar a 80 mg de atorvastatina (como monodroga).



RIVAROXABAN con Dosis Reducida en la Prevención a Largo Plazo del Tromboembolismo Venoso Sintomático Recurrente - EINSTEIN CHOICE

CONTRIBUCIÓN A LA LITERATURA:

Entre los pacientes en el ensayo EINSTEIN CHOICE que habían completado un curso de 6 a 12 meses de anticoagulación para TEV, la prolongación de la anticoagulación con profilaxis (10 mg) o tratamiento (20 mg) de rivaroxaban durante 1 año es superior a la aspirina en la reducción eventos recurrentes de TEV.

DESCRIPCIÓN:

El objetivo del ensayo fue evaluar la seguridad y la eficacia de rivaroxaban 20 mg y rivaroxaban 10 mg diarios en comparación con placebo en pacientes con tromboembolismo venoso sintomático (TEV) que habían completado un curso de 6 a 12 meses de anticoagulación.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en una proporción de 1: 1: 1 a rivaroxaban 20 mg una vez al día (n = 1,107), rivaroxaban 10 mg una vez al día (n = 1,127) o aspirina 100 mg (n = 1,131). El tratamiento se continuó durante al menos otros 6 meses, pero normalmente hasta un año más.

- Número total de inscritos: 3,365
- Duración del seguimiento: 1 año
- Edad media del paciente: 58 años
- Porcentaje de mujeres: 45%

Criterios de inclusión:

- ≥18 años de edad
- Trombosis venosa profunda proximal sintomática o embolia pulmonar confirmada objetivamente
- Se trató durante 6-12 meses con un agente anticoagulante, incluyendo un antagonista de la vitamina K o un agente anticoagulante oral

directo, y no había interrumpido la terapia durante > 7 días antes de la asignación al azar

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Contraindicación a la continuación de la anticoagulación
- Tratamiento anticoagulante prolongado requerido a dosis terapéuticas o terapia antiplaquetaria
- Depuración de creatinina calculada de <30 mL / min o enfermedad hepática asociada con una coagulopatía

Otros rasgos destacados / características:

- Índice VTE clasificado como no provocado: 40%
- Trombofilia conocida: 7%; TEV previo: 17%
- Cáncer activo: 3%

PRINCIPALES CONCLUSIONES:

El punto final primario compuesto de sintomático, VTE recurrente, mortal o no fatal, y la muerte inexplicada de rivaroxaban 20 mg frente a rivaroxaban 10 mg vs aspirina, fue de 1.5% frente a 1.2% vs 4.4% (HR de rivaroxaban 20 mg vs. aspirina: 0.34, IC 95%, 0.20-0.59; HR para rivaroxabán 10 mg vs aspirina: 0.26; IC 95%: 0.14-0.47).

- TEV recurrente: 0.8% vs 0,6% vs 2,6%
- TEV fatal: 0.2% vs 0% vs 0.2%

Resultados secundarios para rivaroxaban 20 mg vs rivaroxaban 10 mg vs aspirina:

- IM: 0.1% vs. 0% vs. 0.4%
- Ictus isquémico: 0.2% vs 0.4% vs 0.2%
- Mortalidad por todas las causas: 0.7% vs. 0.2% vs. 0.6%
- Hemorragia importante: 0,5% vs. 0,4% frente a 0,3%, p = 0,32

- Hemorragia no importante importante clínicamente: 2.7% vs 2.0% vs. 1.8%, p para rivaroxaban 20 mg vs. aspirina = 0.14

INTERPRETACIÓN:

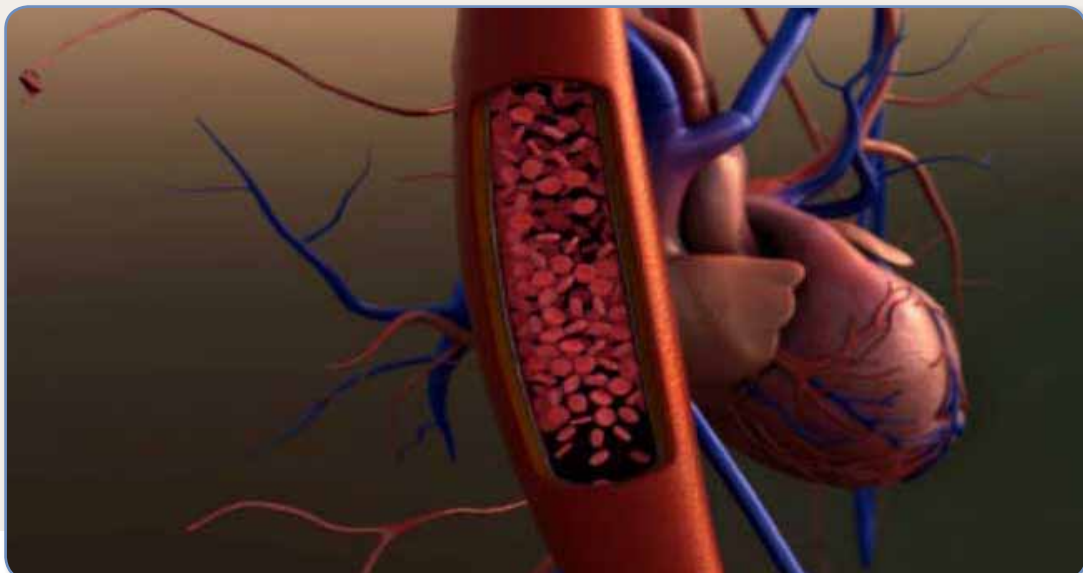
Los resultados de este importante ensayo indican que entre los pacientes que habían completado un curso de 6 a 12 meses de anticoagulación tanto para TEV provocada como no provocada, se extendió la anticoagulación con dosis de rivaroxabano de profilaxis (10 mg) o de tratamiento (20 mg) durante 1 año es superior a la aspirina en la reducción de eventos recurrentes de TEV. El riesgo de hemorragia fue numéricamente mayor con rivaroxaban 20 mg diarios, pero no fue estadísticamente significativo. Los hallazgos de este ensayo probablemente influirán en la práctica clínica. Se han reportado resultados similares para apixaban antes en el ensayo AMPLIFY-EXT.

Los resultados de este ensayo no son generalizables para los pacientes que tienen una clara indicación para la terapia de anticoagulación a largo plazo y que por lo tanto no son elegibles para participar en el ensayo. Dado un tenaz riesgo a largo plazo de TEV en pacientes con un evento índice, no está claro si el tratamiento a largo plazo con rivaroxaban u otros anticoagulantes orales directos pueda ser beneficioso.

REFERENCIAS:

Weitz JI, Lensing AW, Prins MH, et al., on behalf of the EINSTEIN CHOICE Investigators. Rivaroxaban or Aspirin for Extended Treatment of Venous Thromboembolism. *N Engl J Med* 2017;Mar 18:[Epub ahead of print].

Presented by Dr. Phil Wells at the American College of Cardiology Annual Scientific Session (ACC 2017), Washington, DC, March 18, 2017.



Access to Non-Statin Lipid-Lowering Therapies in High-Risk ASCVD Patients

PREGUNTAS DE ESTUDIO:

¿Están los pacientes con riesgo alto de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) y con hipercolesterolemia familiar (FH) en capacidad de obtener terapias de reducción de lípidos (LLTs) no estatinas aprobadas por la FDA?

MÉTODOS:

El estudio FOCUS (FH Optimal Care of US) fue diseñado por la Fundación FH para generar datos sobre los patrones de tratamiento actuales de los pacientes con HF. Los umbrales utilizados para el diagnóstico de HF fueron C-LDL no tratado específico a la edad (edad, años, C-LDL, mg / dL): <20, ≥ 200; 20-29, ≥220; 30-39, ≥240; > 40, > 260. Para los pacientes con LLT, los niveles de C-LDL no tratados se estimaron añadiendo un 30%. Los pacientes con ASCVD se utilizaron como un comparador. El estudio se realizó utilizando datos de QuintilesIMS Inc. (2012-2016) para más de 140 millones de individuos únicos. Las LLTs no estatinas prescritas fueron anotadas como “aprobadas” o “rechazadas”. Para los pacientes con HF y ASCVD, respectivamente, se consideró adecuado C-LDL > 130 mg / dL y C-LDL > 100 mg / dL a pesar de la dosis tolerada más alta de estatinas fue considerada apropiada para prescribir los inhibidores de PCSK9 y la ezetimiba.

RESULTADOS:

Hubo 219,879 individuos con características de laboratorio consistentes con HF y 21.9 millones de pacientes con ASCVD. De los 744 pacientes presuntivos de HF que tenían un valor C-LDL > 130 mg / dL a pesar de la evidencia concurrente de LLT basada en estatinas, se rechazó el 62,9% de las recetas para los inhibidores de PCSK9. La aprobación tardó más de 2 meses para el 40% de las recetas. En comparación, sólo un 9,1% de las recetas de ezetimiba fueron rechazadas en una cohorte de pacientes similar. Del mismo modo, de los 1,622 pacientes con ASCVD establecido que tenían un valor de C-LDL > 100 mg / dL a pesar de las estatinas de alta intensidad concurrentes (más / menos ezetimibe) o estatinas de intensidad moderada más ezetimiba, se rechazaron 57,5% de las prescripciones de inhibidores de PCSK9. Sólo un 8,2% de las recetas de ezetimiba fueron rechazadas en una población similar de ASCVD. 1.356 individuos en el conjunto de datos tenían evidencia de un evento de ASCVD después de haber rechazado una receta de inhibidor de PCSK9 (que representaba el 4,3% del número total de recetas rechazadas). Del mismo modo, de los 216,470 pacientes que tenían una receta de ezetimiba rechazada, 16,722 (7.7%) tuvieron un evento ASCVD después del rechazo.

CONCLUSIONES:

Los datos del estudio FOCUS indican que los pacientes de riesgo alto, incluyendo aquellos con presuntiva HF o ASCVD, tienen altas tasas de rechazo para las prescripciones de inhibidores de PCSK9 incluso cuando hay suficiente evidencia de que han controlado inadecuadamente C-LDL a pesar de la LLT adecuada basada en estatinas concurrentes.

PERSPECTIVA:

Este estudio es de importancia crítica en que muestra las consecuencias clínicas de las compañías de seguros rechazando las recetas de medicamentos aprobados por la FDA durante un periodo relativamente corto de tiempo. La experiencia en la clínica de lípidos de los autores es idéntica al estudio FOCUS. Los inhibidores de PCSK9 son rechazados a pesar de repetidas peticiones. Mientras que la ezetimiba es aprobada más a menudo, antes de convertirse en genérico, más del 75% de los pacientes no podrían pagar el co-pago, como con colesevaem, que aún no es genérico.



LA FAMILIA DE ELECCIÓN EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ILTUX[®]
Olmesartán

ILTUX[®]HCT
Olmesartán/HCT

ILTUXAM[®]
Olmesartán y amlodípino



Lower On-Treatment Low-Density Lipoprotein Cholesterol Is Associated With Lower Cardiovascular Risk In Very High Risk Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease: Analyses From The Odyssey Trials

Poster Contributions Poster Hall, Hall C Friday, March 17, 2017, 10:00 a.m.-10:45 a.m. Session Title: Traditional and Novel Factors Used to Assess the Risk of, and Used for the Treatment of, Coronary Artery Disease Abstract Category: 2. Acute and Stable Ischemic Heart Disease: Clinical Presentation Number: 1126-316 Authors: Kausik Kumar Ray, Antonio Vallejo-Vaz, Henry Ginsberg, Michael Davidson, Robert H. Eckel, Veronica Lee, Laurence Bessac, Robert Pordy, Alexia Letierce, Christopher Cannon, Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Tarrytown, NY, USA, Sanofi, Paris, France

Se aprobó la inhibición de la proprotein convertasa subtilisina kexina tipo 9 (PCSK9) para el tratamiento de pacientes con ASCVD y C-LDL elevado a pesar de la estatina a máxima tolerada. Se evaluó la relación entre los niveles más bajos de C-LDL en tratamiento y eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) en el programa de alirocumab ODYSSEY fase 3 en todos los pacientes con ASCVD y en subgrupos ASCVD de estos pacientes con riesgo muy alto debido a comorbilidades subyacentes (enfermedad polivalvular [POVD], ASCVD + diabetes mellitus

[DM] o ASCVD + tasa de filtración glomerular estimada [eGFR] <60 mL / min / 1,73 m2).

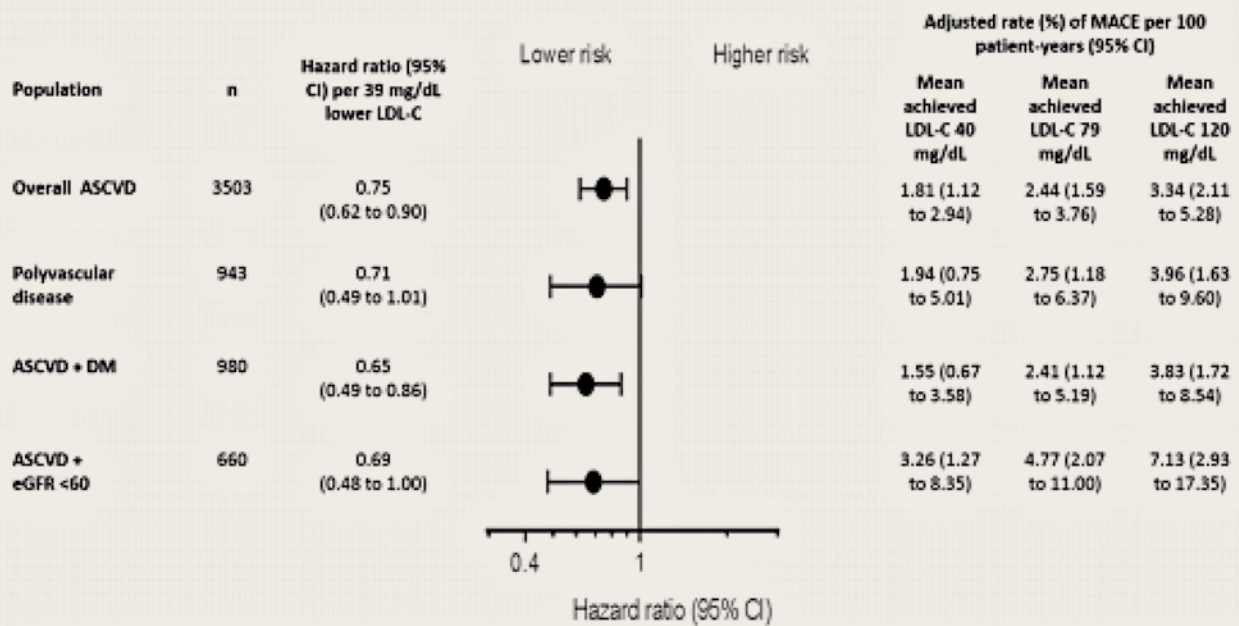
MÉTODOS: Se compararon los datos de 10 ensayos ODYSSEY de fase 3 que comparaban alirocumab (ALI) vs placebo (PBO) o ezetimiba (EZE). Los pacientes tenían ASCVD con C-LDL > 70 mg / dL basal en su mayoría + terapia con estatinas a máxima tolerancia. Se evaluaron las tasas de MACE por 39 mg / dL de media más baja en el tratamiento de C-LDL.

RESULTADOS: Los valores basales de C-LDL fueron de 119, 116, 114 y 113 mg / dL para ASCVD (n = 3,503), PoVD (n = 943), ASCVD +

DM (n = 980) y ASCVD + eGFR <60 mL / min / 1,73 m2 (n = 660), respectivamente. En general, 39 mg / dL de C-LDL más bajo se asoció con un 25% menos de riesgo de MACE, con una tendencia similar observada en subgrupos ASCVD de muy alto riesgo (Figura). La seguridad de alirocumab en todos los grupos ASCVD fue comparable a la cohorte general.

CONCLUSIONES: Entre los subgrupos de pacientes de riesgo muy alto con ASCVD y una media basal de C-LDL > 70 mg / dL, los niveles más bajos de C-LDL se asociaron con menores tasas de MACE.

Relationship between MACE and each 39 mg/dL lower LDL-C in very high risk ASCVD subgroups



Hazard ratio calculated using Cox multivariable regression analysis, adjusted for age, gender, diabetes [except for the ASCVD + DM analysis], prior MI/stroke, baseline LDL-C and smoking. Adjusted rates of MACE obtained by a Poisson model adjusted for the same variables; rates are provided for a subject with averaged characteristics and different levels of LDL-C under treatment.



Línea Cardiología

CLAUTER
CLOSTAZOL

COLMIBE
ATORVASTATINA + EZETIMIBE

ILTUX
OLMESARTÁN

ILTUX HCT OLMESARTÁN + HIDROCLOROTIAZIDA

ILTUXAM
OLMESARTÁN + AMLODIPINO

LIPIFEN
ATORVASTATINA

NABILA
NEBIVOLOL

NIMUS RETARD
BEZAFIBRATO

NOLOTEN
AMLODIPINO

PRELERTAN
LOSARTÁN

PRELERTAN D
LOSARTÁN + HIDROCLOROTIAZIDA

RAVALGEN
CLOPIDOGREL

Predicting Cardiovascular Risk In Statin-Treated Patients: The Aim-High (Atherothrombosis Intervention In Metabolic Syndrome With Low Hdl/High Triglycerides: Impact On Global Health Outcomes) Residual Risk Score

Poster Contributions Poster Hall, Hall C Friday, March 17, 2017, 10:00 a.m.-10:45 a.m
 Session Title: Traditional and Novel Factors Used to Assess the Risk of, and Used for the Treatment of, Coronary Artery Disease Abstract Category: 2. Acute and Stable Ischemic Heart Disease: Clinical Presentation Number: 1126-338.
 Authors: Philip Chui, Moti Kashyap, Nathan Wong, UC Irvine, Orange, CA, USA, Long Beach VA, Long Beach, CA, USA

Muchos pacientes con ASCVD y terapia con estatinas, a pesar de tener los niveles de C-LDL bien controlados, aun sufren de eventos recurrentes de ASCVD. Poca información se conoce acerca de los factores de riesgo específicos asociados con el riesgo residual incrementado.

Métodos: Estudiaron 3,196 sujetos del AIM-HIGH trial, todos tenían ASCVD establecida y estaban con estatinas. Eventos subsecuentes de ASCVD incluían un compuesto de muerte de enfermedad cardiac coronaria, IM nofatal, ictus isquémico, hospitalización por sospecha de síndrome coronario agudo, o la revascularización coronaria o cerebral. Se identificaron a partir de análisis bivariados las variables demográficas y clínicas que se asociaron significativamente con eventos subsecuentes de ASCVD (sobre un seguimiento medio de 3.8 años) y luego ingresaron estos factores de riesgo en un análisis de regresión de Cox escalonado para identificar predictores independientes específicos de riesgo residual.

RESULTADOS: El sexo masculino, la raza Africano-Americano, y la historia de insuficiencia cardiaca congestiva fueron los mas fuertes predictores para experimentar un evento recurrente de ASCVD [Table]. El C-LDL basal, C-HDL, y los triglicéridos no predicen eventos subsecuentes.

CONCLUSIONES: El estudio identificó predictores independientes específicos de riesgo residual en los pacientes con ASCVD siempre que hayan alcanzado los niveles blanco de C-LDL. Estos factores pueden utilizarse para generar una puntuación de riesgo residual ASCVD en sujetos tratados con estatinas con ASCVD conocida.

Risk factors Associated with ASCVD Residual Risk in Statin-Treated Subjects with ASCVD	
Demographic and clinical risk factors	Adjusted hazard ratio of ASCVD event (95% CI)
Male sex	1.51 (1.18-1.94)
African-American race	1.62 (1.10-2.39)
History of premature family history of ASCVD	1.19 (1.01-1.41)
History of hipertension	1.23 (1.01-1.49)
History of coronary artery bypass surgery	1.26 (1.05-1.51)
Baseline lipoprotein(a) levels (per SD natural log)	1.29 (1.13-1.47)
History of diabetes	1.32 (1.11-1.57)
History of percutaneous coronary intervention	1.42 (1.18-1.71)
History of congestive heart failure	1.43 (1.09-1.88)

ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease. **CI**, confidence interval SD, standard deviation.



LA ASOCIACIÓN SUPERIOR PARA REDUCIR EL COLESTEROL



Biodisponibilidad Comprobada

en 1 solo comprimido

NABILA[®]
Comprimidos ranurados nebivolol 2,5/5/10 mg



RECOMENDADO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA



Es eficaz en pacientes mayores de 70 años.



Complemento adecuado del tratamiento con IECAs, ARA II; Diuréticos y/o Digitálicos en pacientes con insuficiencia cardíaca.



Aprobado por la EMEA y recomendado por las guías europeas.

« Nuestra Actividad »

La Asociación Boliviana de Aterosclerosis (ASOBAT) se reúne el tercer miércoles de cada mes con el auspicio de TECNOFARMA. Las últimas sesiones fueron:

15/02/17	Cistatina C	<i>Dra. Elma Rossell.</i>
15/03/17	Metformina y sus aplicaciones clínicas	<i>Dra. Gloria Ayala Bluske</i>

2017

Eventos para Recordar

16 a 18 de marzo	4to Congreso Latinoamericano sobre Controversias y Consensos en Diabetes, Obesidad e Hipertensión. Buenos Aires, Argentina
17 a 19 de marzo	ACC's 66th Annual Scientific Session & Expo Walter E. Washington Convention Center, Washington, DC, U.S.A.
19 a 21 de abril	Curso de Diabetes. Sociedad Chuquisaqueña de Medicina Interna. Sucre, Bolivia
23 a 26 de abril	85ª Congreso de EAS 2017 - Sociedad Europea de Aterosclerosis. Praga, República Checa.
27 a 30 de abril	2º Forum Internacional en Diabetes. Punta Cana, República Dominicana.
28 y 29 de abril	2da Jornada Regional de Aterosclerosis. Sociedad Paraguaya de Aterosclerosis. Encarnación, Paraguay.
3 a 7 de mayo	26th AACE Annual Scientific & Clinical Congress. Austin, Texas.
17 a 20 de mayo	24th European Congress on Obesity. Porto, Portugal
25 a 28 de mayo	14 Congreso Colombiano de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo. Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo. Barranquilla, Colombia
31 de mayo a 2 de junio	XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Aterosclerosis. Cádiz, España
1 a 3 de junio	XXXV Congreso Nacional de Cardiología. Rosario, Argentina
1 a 4 de julio	Maestría en Aterosclerosis (Fellow) FSLA. SOLAT, Chile. Santiago, Chile
6 a 8 de julio	Cuso Internacional Obesidad, Enfermedad Cardiometabólica y Nutrición. APOA. Lima, Perú
25 a 27 de julio	II Congreso Internacional de Fisiopatología de Diabetes y Obesidad. Aula Magna Simón Bolívar UNAS. Arequipa, Perú
17 a 21 de agosto	X Congreso Latinoamericano de Medicina Interna. XXVI Congreso ACMI-ACP. Cartagena, Colombia
17 a 20 de agosto	XIV Congreso Latinoamericano de Aterosclerosis –SOLAT 2017. Campos de Jordao, Brasil.
26 a 30 de agosto	ESC Congress. Barcelona 2017
7 y 8 de septiembre	VIII Curso Latinoamericano de Diabetes Mellitus y XI Curso Internacional de Manejo del Paciente con Diabetes Mellitus. ASOBAT. La Paz, Bolivia
7a 10 de noviembre	IV Congreso Internacional de Clínica y Medicina Interna. XXV Congreso Nacional de Medicina Interna. Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Puerto Madero, Buenos Aires, Argentina
24 a 26 de noviembre	1er Congreso Iberolatinoamericano de Diabetes y sus Complicaciones. Federación Diabetológica Colombiana. Hotel Holiday Inn, Bucaramanga, Colombia



LÍNEA CARDIOLOGÍA

CLAUTER®
cilostazol 50 / 100 mg

COLMIBE®
atorvastatina + ezetimibe

ILTUX®
Olmesartán

ILTUX®HCT
Olmesartán/HCT

ILTUXAM®
Olmesartán y amlodipino

Lipifen®
ATORVASTATINA 10-20 mg

NACILA®
rosuvastatina 2,5/5/10 mg

Nimus®
Retard BEZAFIBRATO

NOLOTEN®
almodipina 5 - 10 mg

PRELERTAN®
losartán

PRELERTAN-D®
losartán + hidroclorotiazida

RAVALGEN®
CLOPIDOGREL 75mg

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

Dra. M. Loreto Aguirre	Chile
Dr. Hugo Arbañil	Perú
Dr. Manlio Blanco	México
Dr. Luis Cámara	Argentina
Dr. Manuel Carrageta	Portugal
Dr. José E. Fernández-Britto	Cuba
Dr. Miguel Angel Falasco	Argentina
Dr. Francisco Fonseca	Brasil
Dr. Álvaro Huarte	Uruguay
Dra. Gloria Larrabure	Perú
Dr. Roberto Reussi	Argentina
Dr. Emilio Ros	España
Dr. Iván Darío Sierra	Colombia
Dr. Jorge Solano	Paraguay
Dr. Jorge E. Torres	Uruguay
Dr. Rafael Violante	México
Dr. Hermes Xavier	Brasil

DIRECTIVA ASOBAT (2015 - 2017)

PRESIDENTE

Dra. Karina Chavarría López

VICEPRESIDENTE

Dra. Patricia Pommier

SECRETARIA GENERAL

Dra. Lourdes Escalera

TESORERA

Dra. Gloria Ayala Bluske

VOCALÍAS:

CIENTÍFICA: Dra. Eliana Cárdenas Guzmán

RELACIONES: Dra. Elma Rossell S.

PRENSA Y PROPAGANDA:

Dr. Félix Loza Chacón

DIFUSIÓN: Dr. Eligio Copari

PASPRESIDENTE:

Dra. Wilma Salinas Valenzuela

Delegado SOLAT

Dr. Samuel Córdova-Roca

Para mayor información sobre SOLAT y revisar los números publicados de nuestro boletín ATEROMA, visite nuestros sitios web.

Blog SOLAT solat.org

Responsable Dr. Hugo Celauro (Paraguay)

www.solatcolombia.org

DIRECTIVA Asociación Peruana de Estudio de la Obesidad y Aterosclerosis- APOA

Presidente:	Dra. María Isabel Rojas Gabulli
Vicepresidente:	Dr. Alfredo Benavides Zúñiga
Secretaría General:	Dra. Martha Paola Arellano Salazar
Secretaría de Acción Científica:	Dra. Rosa María Pando Alvarez
Secretaría de Finanzas:	Dra. María Ganiku Furugen
Secretaría de Filiales:	Dra. Yarim Ayala Vilchez
Vocal de Ética y Calificación	Dra. Lida Tello Cebreros
Vocal de Publicaciones:	Dr. José Pacheco Romero
Paspresidente:	Dr. Walter Arturo Maceda Núñez

DIRECTIVA Sociedad Paraguaya de Aterosclerosis - SPA 2016 - 2018

Presidente:	Dr. Fabián Ruschel	Síndico:	
Vicepresidente:	Dr. César Elizache		Dr. Jorge Gonzales Ruiz Diaz
Secretaria:	Dra. Lourdes Chamorro		
Tesorero:	Dr. Claudio Díaz de Vivar		
Vocales:	Dr. Javier Gómez		
	Dra. Fabiola Romero		
	Dra. Diana Yuruhan		
	Dra. Carlos Rotela		

Junta Directiva SOLAT Capítulo Colombiano 2015-2017

Presidente:	Dra. Clara Eugenia Pérez	Director Ejecutivo:	
Vicepresidente:	Dr. Carlos Calderón Ribero		Prof. Dr. Iván Darío Sierra Ariza
Secretario:	Dr. John Feliciano Alfonso	Delegado Internacional:	
Tesorera:	Dra. María Lucía Iregui		Dr. Jaime Brugés Ruiz
Vocales:	Dr. Duvert Gutierrez		
	Dr. José Morón		
	Dr. Jaime Ronderos		
	Dr. Álvaro Márquez		

Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis (SUDEAT)

Presidente:	Dr. Alvaro Huarte	Comité de educación:	Dra. Andrea Arbelo
Vicepresidente:	Dra. Natalia Miranda		Dr. Mario Llorens
Secretaria:	Dra. Andrea Vaucher		Dr. Álvaro Niggemeyer
Secretaria Científica:	Dra. Rosana Gambogi		Dr. Fernando Ramos
Tesorera:	Dra. Silvia Lissmann		Dr. Edgardo Sandoya
Vocales:	Dr. Gustavo Bruno		Dr. Estela Skapino
	Dra. Natalia Estramil		Dr. Verónica Torres
	Dra. Eugenia Guani		Lic. Marcela Baldizzoni
	Dra. Victoria Guerrini		Lic. Isabel Wald
	Dra. Victoria Irigoien	Comité científico:	Dr. Alfredo Álvarez Rocha
	Dra. Laura Llambi		Dr. Cristina Belzarena
	Dra. Valentina Mas		Dr. Rosario Bueno
	Dra. Raquel Monteghirfo		Dr. Gaspar Catalá
	Dr. Marcelo Morales		Dr. Beatriz Goja
	Dr. Franco Peverelli		Dr. Silvia García
Comisión fiscal:	Dr. Walter Alallón		Dr. Ana María Jorge
	Dra. Raquel Ponce de León		Dr. Ricardo Lluberas
Comité de honor:	Dr. Jorge Torres		Dr. Pablo Muxi
	Dr. Milton Portos		Dr. Sonia Nigro
			Dr. Oscar Noboa
			Dr. Matías Pebet
			Dr. Cristina Pérez
			Dr. Raúl Pisabarro
			Dr. Rafael Radi
			Dr. Pablo Rios
			Dr. Carlos Romero
			Dr. Pilar Serra
			Dr. Laura Sola