



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Novedades cardiovasculares 2013/2014



J.I. Cuende^a, C. Lahoz^b, P. Armario^c, J. García-Alegría^d, J. Ena^e,
G. García de Casasola^f y J.M. Mostaza^{b,*}

^a Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Carlos III, Madrid, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Transversal (Moisés Broggi, Hospital General de l'Hospitalet), Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^e Servicio de Medicina Interna, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España

^f Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

Recibido el 27 de julio de 2014; aceptado el 29 de julio de 2014

Disponible en Internet el 1 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Riesgo vascular;
Lípidos;
Diabetes;
Colesterol;
Hipertensión arterial;
Anticoagulantes;
Antiagregantes;
PCSK-9;
Ácido nicotínico;
Denervación simpática

Resumen Durante el año 2013 y los primeros meses de 2014 se han publicado numerosos estudios relevantes en el campo cardiovascular. Han aparecido nuevas guías para el manejo de la hipertensión arterial y para reducir el riesgo cardiovascular descendiendo el colesterol. También han aparecido nuevos datos sobre la gran eficacia hipolipidemiante de los anticuerpos monoclonales frente a PCSK-9, decepcionando, sin embargo, los ensayos clínicos dirigidos a elevar el colesterol-HDL con ácido nicotínico, los cuales no han demostrado una reducción de la tasa de complicaciones cardiovasculares. Tampoco en el campo de la hipertensión, la colocación de un *stent* en pacientes con hipertensión renovascular, o la denervación simpática en pacientes con hipertensión resistente, han demostrado ser eficaces para reducir la presión arterial. Con relación al tratamiento antitrombótico, los test farmacogenéticos no parecen útiles para mantener más tiempo en rango terapéutico a los pacientes anticoagulados con warfarina. A su vez, cada vez existen más evidencias de que en pacientes con enfermedad coronaria y fibrilación auricular, la antiagregación no añade beneficio a la anticoagulación y se asocia con un mayor riesgo de sangrado. Por último, una dieta de tipo mediterráneo podría prevenir la aparición de diabetes, mientras que la cirugía bariátrica podría ser una opción razonable para mejorar la enfermedad en pacientes obesos. Muchos de estos estudios tienen una aplicación práctica inmediata en el trabajo clínico diario.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmostaza.hcii@salud.madrid.org (J.M. Mostaza).

KEYWORDS

Vascular risk;
Lipids;
Diabetes;
Cholesterol;
Arterial hypertension;
Anticoagulants;
Antiplatelets;
PCSK-9;
Nicotinic acid;
Sympathetic
denervation

Cardiovascular news 2013/2014

Abstract During 2013 and the first months of 2014, numerous studies have been published in the cardiovascular field. New guidelines have appeared for managing arterial hypertension and reducing cardiovascular risk by lowering cholesterol levels. New data have emerged on the considerable lipid-lowering efficacy of monoclonal antibodies against PCSK-9, in contrast, however, to the clinical trials directed towards raising HDL-cholesterol with nicotinic acid, which have not shown a reduction in the rate of cardiovascular complications. In the field of hypertension, neither stent placement in patients with renovascular hypertension nor sympathetic denervation in patients with resistant hypertension has been shown to be effective in reducing blood pressure. In terms of antithrombotic treatment, the pharmacogenetic tests do not seem useful for maintaining patients anticoagulated with warfarin within the therapeutic range for longer periods. Moreover, there is increasing evidence that, for patients with coronary artery disease and atrial fibrillation, antiplatelet therapy adds no benefit to anticoagulation therapy and is associated with a greater risk of bleeding. Lastly, a Mediterranean diet could prevent the onset of diabetes, while bariatric surgery could be a reasonable option for improving the disease in patients with obesity. Many of these studies have immediate practice applications in daily clinical practice.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

En las últimas décadas estamos asistiendo a un descenso progresivo de la mortalidad de causa cardiovascular en los países desarrollados. En España, durante el periodo comprendido entre 1988 y 2005 la mortalidad coronaria se ha reducido en un 40%¹, como consecuencia de un descenso poblacional de los factores de riesgo cardiovascular, de una mejor prevención y de un mejor tratamiento de la enfermedad ya establecida. El descenso de la mortalidad cardiovascular es el que más ha contribuido a aumentar la esperanza de vida en los países industrializados en general, y en España en particular². Todo ello traduce los continuos avances en esta área, fundamentalmente los relacionados con la prevención primaria y secundaria de esta enfermedad. Estar al día de estos avances precisa de una continua actualización por parte de los profesionales sanitarios, siendo este uno de los compromisos del Grupo de Trabajo sobre Riesgo Cardiovascular de la Sociedad Española de Medicina Interna. Como cada año^{3,4}, la reunión del Grupo reserva una mesa redonda para realizar una actualización en temas de riesgo cardiovascular. Presentamos aquí las ponencias de la reunión celebrada en mayo de 2014 en Alicante.

Guías de riesgo (Dr. José Ignacio Cuende)

En los últimos 12 meses han aparecido varias publicaciones en el campo de la valoración del riesgo cardiovascular merecedoras de comentario. Sin duda alguna, la nueva guía americana de tratamiento del colesterol en sangre⁵ ha despertado un debate interesante. Esta guía, patrocinada por las sociedades americanas del corazón (*American Heart Association*) y de Cardiología (*American College of Cardiology*), basa sus recomendaciones en la lectura estricta de los ensayos clínicos, recomendaciones con las que no toda la comunidad científica está conforme. Esta guía se publica conjuntamente en el tiempo con las guías de cuantificación del riesgo cardiovascular⁶, de manejo de los estilos de vida⁷

y del manejo del sobrepeso y la obesidad en adultos⁸. Se publica poco después de la guía de la Sociedad Internacional de Aterosclerosis⁹ y 2 años después de la Guía Europea de Manejo de las Dislipemias¹⁰. La guía americana de manejo del colesterol utiliza una nueva escala de valoración de riesgo cardiovascular presentada en la guía de cuantificación del riesgo⁷. Esta guía establece una nueva ecuación de medida del riesgo cardiovascular ateroesclerótico basándose en los datos agrupados de varios estudios de cohortes americanas (Framingham, ARIC, CARDIA, etc.), generando una cohorte agrupada (*pooled cohort*), midiendo el riesgo de morbimortalidad cardiovascular a 10 años y estableciendo el punto de corte de 7,5% como indicador de riesgo alto. Considera las razas blanca no hispánica y negra afroamericana, además de las variables sexo, edad (de 40 a 79 años), diabetes, tabaquismo, presión arterial (PA) sistólica, tratamiento para la PA, colesterol total y colesterol-HDL.

La guía también responde a preguntas clínicas sobre la utilidad de otros factores o marcadores de riesgo y sobre la utilización del riesgo de por vida. En el caso de que existieran dudas sobre el manejo de los pacientes según el riesgo obtenido, se pueden considerar los antecedentes familiares de eventos cardiovasculares precoces, los niveles de proteína C reactiva ultrasensible, la cuantificación de calcio coronario y el índice tobillo-brazo, no aconsejando la cuantificación del grosor íntima-media de forma rutinaria y estableciendo que no hay evidencia clara respecto a otros marcadores como apoB, función renal, microalbuminuria y estado de forma cardiorrespiratoria. Por otra parte, si un paciente de 20 a 59 años no llega a riesgo alto con la nueva escala, se puede aplicar la cuantificación del riesgo a 30 años o de por vida con intenciones educativas de modificación de estilos de vida y adherencia a consejos médicos, pero no como guía en la toma de decisiones clínicas.

Después de la publicación de las guías americanas de cuantificación del riesgo y de tratamiento del colesterol,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3829086>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3829086>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)