

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Las erecciones mejoran al tratar los factores de riesgo CV

Arch Intern Med. Publicación electrónica previa a la impreza. [12 de septiembre de 2011]

Tratar los factores de riesgo de padecer patología cardiovascular (CV) mediante cambios del modo de vida o farmacoterapia puede mejorar la disfunción eréctil, según un metaanálisis de seis ensayos clínicos aleatorizados que llevaron a cabo investigadores de la Clínica Mayo en Rochester, Minnesota. Cuatro de los ensayos habían evaluado el efecto de los cambios del modo de vida, como la pérdida de peso y el ejercicio, y dos habían valorado el efecto de la atorvastatina sobre los factores de riesgo CV y la disfunción eréctil sobre un total de 740 varones a los que siguieron durante 12 a 104 semanas. Los cambios del modo de vida o el tratamiento estatínico se asociaron a mejoras estadísticamente significativas de la puntuación del Índice Internacional de Disfunción Eréctil. Los efectos positivos se dejaron ver incluso en los pacientes que también recibían tratamiento para la disfunción eréctil con inhibidores de la fosfodiesterasa de tipo 5.

■ **Un estudio descubre una relación entre los lípidos y la enfermedad de Alzheimer**

Neurology. 2011;77:1068-1075. [13 de septiembre de 2011]

La hiperlipidemia parece aumentar el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer, según un estudio de autores japoneses. En el estudio se midieron las concentraciones de colesterol de 2.587 personas de 40 a 79 años de edad sin signos de enfermedad de Alzheimer. Se recogieron muestras cerebrales de la autopsia de 147 de estos individuos, fallecidos después de 10 a 15 años de observación, para examinar la presencia de placas y ovillos neurofibrilares. Las personas con niveles de colesterol superiores a 5,8 mmol/L presentaban significativamente más placas cerebrales que aquellas con concentraciones menores de colesterol. Tenían placas cerebrales el 86 por ciento de los sujetos con niveles altos de colesterol y el 62 por ciento de sus homólogos con niveles bajos. No hubo ninguna asociación entre los niveles altos de colesterol y los ovillos neurofibrilares.

■ **La historia clínica electrónica facilita la observancia de la medicación**

J Gen Intern Med. Publicación electrónica previa a la impreza. [31 de agosto de 2011]

Las personas que reciben atención médica en un sistema sanitario integrado dotado de historias clínicas electrónicas conectadas con su propia farmacia tienen más probabilidades de hacer valer las nuevas prescripciones de fármacos para la

diabetes, la dislipidemia y la hipertensión que las que pertenecen a sistemas no integrados, según un estudio realizado por Kaiser Permanente Colorado. Este estudio retrospectivo examinó los registros de dispensaciones de 12.061 afiliados de Kaiser con prescripciones nuevas de medicamentos antidiabéticos, antihipertensivos y antihiperlipidémicos durante 18 meses. Solo el siete por ciento dejaron de hacer valer sus nuevas prescripciones de antihipertensivos, el once por ciento no presentaron sus nuevas recetas de antidiabéticos y el trece por ciento nunca acudieron a recoger sus hipolipemiantes recién prescritos. Los estudios previos de pacientes en sistemas de salud no integrados hallaron que la falta de observancia primaria llegaba al 22 por ciento.

■ **El uso a largo plazo de AINE distintos de la aspirina eleva el riesgo de cáncer renal**

Arch Intern Med. 2011;171:1487-1493. [12 de septiembre de 2011]

El uso a largo plazo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) distintos de la aspirina se asocia a un mayor riesgo de cáncer de células renales (CCR). Estos investigadores examinaron la relación entre el uso de analgésicos y el riesgo de CCR. Se incluyeron en el estudio 77.525 mujeres y 49.403 varones; el seguimiento fue de 16 a 20 años. No se encontró ninguna relación entre el consumo de aspirina y paracetamol y el riesgo de CCR, pero el uso habitual de AINE distintos de la aspirina sí aumentaba el riesgo relativo de CCR en un 51 por ciento. La duración del consumo de AINE distintos de la aspirina afectaba al riesgo de CCR; el riesgo relativo descendía un 19 por ciento cuando el consumo duraba menos de cuatro años, aumentaba un 36 por ciento cuando duraba de cuatro a menos de diez años y casi se triplicaba cuando duraba entre diez años o más.

■ **La raza negra desarrolla hipertensión más deprisa que la blanca**

Hypertension. 2011; 58:579-587. [Octubre de 2011]

Los afroamericanos con prehipertensión desarrollan hipertensión un año antes que los blancos, según las historias clínicas de 18.865 adultos de hasta 85 años de edad. La prehipertensión se define como una presión arterial entre 120/80 mm Hg y 139/89 mm Hg. Los investigadores analizaron las historias clínicas electrónicas de 197 clínicas ambulatorias del sudeste de Estados Unidos entre 2003 y 2009. Valoraron el riesgo relativo de pasar de la prehipertensión a la hipertensión en función de la raza, controlando los demás factores capaces de afectar al riesgo. Además de desarrollar hipertensión antes que los blancos, los negros con prehipertensión tenían también un 35 por ciento más de riesgo de desarrollarla. Otros factores asociados a la mayor rapidez de la evolución hacia la hipertensión fueron tener sobrepeso u obesidad y la diabetes de tipo 2.

■ Medidas higiénicas sencillas reducen la tasa de mortalidad en las UCIP

Health Aff. 2011;30:1751-1761. [Septiembre de 2011]

Algunas prácticas sencillas para el control de infecciones, como la higiene manual estricta, pueden salvar vidas y reducir costes cuando se aplican en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). La UCIP de los Hospitales de la Universidad de Carolina del Norte aplicó medidas de calidad para mejorar la higiene de las manos, el mantenimiento de los catéteres de las vías centrales y los cuidados bucales de los pacientes con ventilador. Se realizaron inspecciones semanales de la observancia, se publicaron los resultados de las mismas y se enviaron avisos a los infractores reincidentes. Los resultados clínicos y económicos de unos 2.400 pacientes se compararon antes y después de la intervención. En comparación con la etapa previa a la intervención, los pacientes ingresados después de la misma presentaron tasas significativamente menores de mortalidad, de neumonías asociadas al ventilador y de infecciones hemáticas a partir de la vía central. Los pacientes atendidos después de la intervención pasaron una media de 2,3 días menos en el hospital y los costes medios de su estancia hospitalaria fueron inferiores en 12.136 dólares. El ahorro del coste proyectado a un año en una sola UCIP fue de 12 millones de dólares.

■ La insulina intranasal conserva la cognición

Arch Neurol. Publicación electrónica previa a la imprenta. [12 de septiembre de 2011]

La insulina intranasal mejoró la función cognitiva de unos pacientes con deterioro cognitivo leve de tipo amnésico o enfermedad de Alzheimer. Los investigadores asignaron al azar a 104 adultos con deterioro cognitivo leve de tipo amnésico o enfermedad de Alzheimer a uno de tres grupos: tratamiento con 20 UI de insulina al día, tratamiento con 40 UI de insulina al día o placebo durante cuatro meses. Todos los tratamientos se administraron mediante un dispositivo de administración nasal. Comparados con quienes recibieron placebo, los tratados con 20 UI de insulina al día presentaron mejores recuerdos diferidos de relatos, aunque no hubo mejoría en los participantes adscritos al grupo con 40 UI de insulina. Frente al grupo del placebo, las puntuaciones de la Escala de Valoración de la Gravedad de la Demencia se preservaron en ambos grupos tratados con insulina. Las dos dosis de insulina también parecieron conservar la cognición general de los participantes más jóvenes,

así como las capacidades funcionales de los adultos con enfermedad de Alzheimer.

■ La hipertensión resistente responde a un dispositivo implantable

J Am Coll Cardiol. 2011;58:765-773. [9 de agosto de 2011]

La implantación quirúrgica de un dispositivo para el tratamiento activador del barorreflejo (TAB) les permite a los pacientes con hipertensión resistente alcanzar una presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm Hg, según los resultados de un estudio doble ciego. En el estudio se implantó el dispositivo de TAB a 265 pacientes con presión arterial de *160/80 mm Hg a pesar del tratamiento con un promedio de 5,2 antihipertensivos durante 21 meses. Un mes después de la implantación se les asignó de manera aleatoria para someterse a una activación inmediata (grupo A) o a una activación seis meses después (grupo B). La tasa de ausencia de complicaciones de la intervención en los 30 días posteriores a la implantación fue del 75 por ciento. En el grupo A, el 88 por ciento de los pacientes presentaron respuestas sostenidas (descenso de la PAS de más 10 mm Hg a los doce meses). El 42 por ciento del grupo A y el 24 por ciento del grupo B habían alcanzado una PAS mayor que 140 mm Hg a los seis meses, y más del 50 por ciento de los individuos de ambos grupos la habían alcanzado a los doce meses.

■ Un nuevo anticoagulante es más eficaz y seguro que la warfarina

N Engl J Med. 2011;365:981-992. [15 de septiembre de 2011]

El inhibidor oral del factor Xa apixabán fue más eficaz que la warfarina para prevenir el ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular (FA), según los resultados de un gran ensayo aleatorizado. Los 18.201 pacientes con FA del estudio se asignaron aleatoriamente para recibir apixabán dos veces al día o warfarina. Los pacientes asignados al grupo del apixabán presentaron una reducción de las tasas de ictus isquémicos o hemorrágicos, o de embolias sistémicas del 21 por ciento en comparación con la warfarina (1,27 por ciento frente a 1,6 por ciento anual). Los episodios hemorrágicos importantes también fueron menos frecuentes en el grupo del apixabán que en el de la warfarina (2,13 por ciento frente a 3,09 por ciento anual). Frente a la warfarina, el apixabán previno seis ictus, 15 hemorragias mayores y ocho muertes por cada 1.000 pacientes tratados durante 1,8 años.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:

