

## ¿Puede tratarse la rigidez vascular del anciano (sin estatinas ni antihipertensivos)?

*(A placebo-controlled safety and pharmacology study of ALT-711 in older patients with stiffened cardiovascular)*

(Datos preliminares presentados en la 50ª Sección Anual del American College of Cardiology, Orlando, marzo 2001)

Este sorprendente estudio evalúa un concepto fisiopatológico poco reconocido y su corrección con una droga nueva. Sabemos que son hechos propios de la evolución natural del árbol vascular la progresiva rigidez vascular con la edad y el aumento de la presión diferencial, lo que a su vez constituye un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca. Aunque este fenómeno se suponía secundario a aterosclerosis, se observó que la rigidez en parte es atribuible a la formación de complejos cruzados de glucosa-proteína con elastina y colágeno, que derivan en los llamados AGE (*advanced glycosylation end products*). En este estudio se evaluó el producto ALT-711, que corta las uniones cruzadas AGE.

Incluyó 93 pacientes con presión sistólica superior a 140 mm Hg y más de 60 de presión diferencial. Se evaluó la *compliance* vascular usando tono-

metría radial. La distensibilidad arterial se midió relacionando el volumen sistólico medido por eco con la presión diferencial. El resultado fue la existencia de una declinación en la presión diferencial en comparación con placebo,  $p < 0,03$ , sin una variación significativa de la presión arterial media. Asimismo se incrementó la complacencia vascular a los 28 y 56 días, sin cambios en el volumen minuto o la resistencia vascular sistémica.

### Comentario

La droga evaluada es activa e influye un parámetro que puede tener implicaciones clínicas con una estrategia novedosa. Los autores evaluarán el fármaco en pacientes con hipertensión sistólica e incremento de la presión diferencial en ensayos clínicos pragmáticos, lo que permitirá conocer la utilidad clínica de esta intervención.

## Fibrilación auricular crónica: ¿control de la frecuencia o reversión a ritmo sinusal?

*(Strategies of Treatment of Atrial Fibrillation (STAF) pilot study: Mortality and stroke rates in a trial of rhythm control versus rate control in atrial fibrillation)*

(Datos preliminares presentados en la 50ª Sección Anual del American College of Cardiology, Orlando, marzo 2001)

El estudio STAF está diseñado para evaluar si en 2.000 pacientes con fibrilación auricular crónica es preferible que se intente mantener el ritmo sinusal o "tolerar" la fibrilación auricular en términos de mortalidad, calidad de vida o complicaciones.

Se presentaron sólo los resultados del estudio piloto de 200 pacientes. El punto final fue la incidencia combinada de muerte, accidente cerebrovascular, resucitación cardiopulmonar y embolización sistémica. Se incluyeron pacientes con fibrilación auricular

de más de un mes de evolución y de hasta dos años, aurícula izquierda > 45 mm, insuficiencia cardíaca, fracción de eyección < 45% y/o cardioversión previa con recurrencias de fibrilación auricular.

Al grupo de control de ritmo se le efectuó cardioversión eléctrica externa o interna luego de un mes de anticoagulación y luego ésta se mantuvo por un mes. Se intentó prevenir la recurrencia con drogas del grupo I si la función ventricular era normal o con amiodarona si estaba alterada.

El grupo de control de frecuencia fue anticoagulado y medicado con digital, betabloqueantes o ablación del nódulo AV.

### *Resultados*

El punto final combinado fue similar en ambos grupos: 5,5% en el grupo cardioversión y 6,1% en el grupo control de frecuencia. Tampoco se observaron diferencias en los otros puntos finales primarios o secundarios. La única diferencia fue que los pacientes tratados con cardioversión requirieron hospitalización con mayor frecuencia para reiteración de cardioversión. Quizás el hallazgo más notable del estudio es que sólo el 23% de los pacientes se mantuvo en ritmo sinusal en el seguimiento a pesar de haber efectuado hasta 4 cardioversiones y administrado diferentes antiarrítmicos.

### *Comentario*

La fibrilación auricular crónica sigue constituyendo un problema complejo. En este estudio excluyeron las de más de dos años de evolución, por lo que se trata de fibrilaciones "recientes" de más de un mes; también eliminaron pacientes sin cardiopatía.

En presencia de cardiopatía, con el mejor tratamiento farmacológico aparente, sólo uno de cada cuatro pacientes se mantiene en ritmo sinusal en el largo plazo. Esto implica que si se indica cardioversión, el seguimiento debe ser muy estrecho. Cada nuevo episodio implica la reaparición de un riesgo embólico, y si el paciente no detecta la arritmia porque está recibiendo drogas que disminuyen la respuesta ventricular, como la amiodarona, es muy posible que no reciba el tratamiento anticoagulante en tiempo y forma. Será muy importante contrastar estos resultados con los que se están recogiendo en la Encuesta de Fibrilación Auricular del CONAREC en el medio local, donde existe mayor experiencia y agresividad en la indicación de amiodarona, y esperar los resultados del estudio STAF definitivo. Por ahora, creo que si el paciente se encuentra en estos grupos y se indica cardioversión, sería prudente mantener la anticoagulación en forma prolongada o instalar un sistema de detección de nuevas FA operativo (control diario del pulso, etc.).

**Dr. Carlos Tajer**