

El consumo de huevos relacionado con menor incidencia de enfermedad coronaria e ictus.

BMJ 2013

Objetivo. Investigar y cuantificar la potencial asociación entre el consumo de huevos y el riesgo de enfermedad coronaria e ictus.

Diseño. Metaanálisis de estudios de cohortes prospectivos dosis-respuesta.

Criterios de elegibilidad para seleccionar los estudios. Estudios de cohortes prospectivos con RR e intervalos de confianza del 95% para enfermedad coronaria o ictus para 3 o más categorías de consumo de huevos.

Resultados. 8 artículos con 17 trabajos (9 para enfermedad coronaria, 8 para ictus) se eligieron para la inclusión en el metaanálisis (3.081.269 personas año y 5847 casos incidentes de enfermedad coronaria y 4.148.095 personas año y 7579 casos incidentes de ictus). No se evidenció ninguna asociación lineal entre el consumo de huevos y el riesgo de enfermedad coronaria o ictus ($p=0.67$ y $p=0.27$ para no-linealidad, respectivamente). El RR de enfermedad coronaria para un incremento de un huevo consumido por día fue de 0.99 (0.85-1.15, $p=0.88$) sin heterogeneidad entre los estudios ($p=0.97$, $I^2=0\%$). Para el ictus, el RR combinado para un incremento de un huevo consumido por día fue de 0.91 (0.81-1.02, $P=0.10$) sin sin heterogeneidad entre los estudios ($p=0.46$, $I^2=0\%$). En un subgrupo de pacientes diabéticos, el RR de enfermedad coronaria comparando entre el consumo más alto de huevo frente al más bajo fue de 1.54 (1.14-2.09, $p=0.01$). Además, las personas con más alto consumo de huevos tuvieron un 25% menos riesgo de desarrollar ictus hemorrágico (0.57-0.99, $p=0.04$).

Conclusiones. Un consumo alto de huevos (más de 1 huevo por día) no se asocia con mayor riesgo de enfermedad coronaria o ictus. Se encontró un mayor riesgo de enfermedad coronaria entre pacientes diabéticos y un menor riesgo de ictus hemorrágicos asociados a un mayor consumo de huevos en este subgrupo. Estos hallazgos requieren de más estudios que lo corroboren.

La enfermedad renal crónica y la prevención cardiovascular ¿El Angliru o un falso llano?

Noticias comentadas SEA:

Recién finalizado el 79 Congreso de la EAS, se han publicado las nuevas guías de las Sociedades Europeas de Cardiología y de Arteriosclerosis. Aunque se mantiene el cálculo de riesgo absoluto y relativo usando las tablas SCORE, para países de elevada o baja prevalencia de enfermedad vascular, la presente edición cuenta con una nueva categoría denominada de MUY ALTO RIESGO y que englobaría a los pacientes con diabetes tipo 2 y aquellos tipo 1 con microalbuminuria, enfermedad coronaria o sus equivalentes, incluidos las formas subclínicas como un $ITB < 0.9$, un riesgo SCORE $> 10\%$ y, esta es una gran novedad, aquellos pacientes con $GFR < 60$ ml/min. El objetivo de colesterol LDL para estos pacientes sería idealmente < 70 mg/dL.

Es bien conocido que los pacientes con ERC, moderada a grave, tienen un riesgo cardiovascular elevado. En un estudio realizado en los EEUU, prácticamente el 53% de los pacientes con GFR entre 30-60 ml/min habían tenido un evento isquémico coronario o algún equivalente. Las evidencias que relacionan el beneficio de reducir el colesterol LDL en pacientes se han obtenido, hasta la publicación del estudio SHARP, de observaciones post-hoc de grandes estudios como el Pravastatin Pooling Project o el Heart Protection Study. Los estudios realizados hasta la fecha con estatinas en el contexto de la insuficiencia renal avanzada han dado resultados negativos cuando el paciente se encontraba en diálisis. En el 4D Study, efectuado sobre 1200 pacientes con diabetes y en diálisis, el tratamiento con 20 mg de atorvastatina no fue eficaz en reducir eventos cardiovasculares frente a placebo. Un ensayo más reciente, el AURORA Study, con 10 mg de Rosuvastatina frente a placebo, mostró resultados similares. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en las fases muy avanzadas del fallo renal, aún cuando la causa fundamental de muerte es cardiovascular, es en muchas ocasiones por insuficiencia cardíaca u otros eventos no relacionados directamente con la arteriosclerosis coronaria, enfermedad sobre la que las estatinas ejercen su efecto más marcado. Dicho de otra manera, la intervención sobre los lípidos debe ser más precoz y en sujetos con grados moderados o leves de insuficiencia renal.

En el estudio SHARP, que ha incluido más de 9000 pacientes con insuficiencia renal crónica, de los cuales 6000 tenían un GFR de 27 ml/min y por tanto estaban en una situación clínica pre dialítica, fueron aleatorizados a placebo frente a simvastatina 20 mg más ezetimiba 10 mg. Los resultados fueron los esperados, es decir, el tratamiento hipolipemiente fue seguido de una reducción del 18% del riesgo relativo de padecer un evento arteriosclerótico grave, definido como la aparición de angina, infarto mortal o no mortal o revascularización de cualquier territorio; estos datos, confirman la bondad del tratamiento reductor del LDL en sujetos con ERC moderada a grave.

En resumen, de análisis post-hoc y de un ensayo clínico aleatorizado, se puede concluir con los beneficios cardiovasculares de las estatinas en pacientes con formas moderadas y leves de disfunción renal; los beneficios parecen ser dependientes de la reducción del colesterol de las LDL y no de la reducción del componente inflamatorio medible como PCR ultrasensible.

La prevención cardiovascular en una carrera de fondo y en ocasiones supone un reto para los clínicos, retos como el Tourmalet o la cima Copi, o nuestro Angliru, usando un símil deportivo. Un estudio en nuestro país cifra en un 21% los sujetos mayores de 64 años con insuficiencia renal crónica estadios 3-5. Aunque en muchos de ellos ya existiría la indicación de hipolipemiantes por la coexistencia de otros factores de riesgo o co-morbilidad, no es menos cierto que esta nueva categoría de riesgo elevará la proporción de sujetos en tratamiento. Para la sanidad pública española y para sus clínicos, aún en el contexto actual, no debería suponer más que un falso llano.

Los pacientes con hipertiroidismo subclínico pueden tener exceso de riesgo para la fibrilación auricular.

Selmer C, et al. BMJ. 2012 Nov 27;345:e7895

Los pacientes con hipertiroidismo manifiesto (disminución de la hormona estimulante de la tiroides [TSH] y niveles elevados de tiroxina libre[T4]) tienen exceso de riesgo de desarrollar fibrilación auricular (FA). Sin embargo, las relaciones entre el hipertiroidismo subclínico (TSH suprimida y T4 normales), hipotiroidismo (TSH elevada y T4 bajo), y el hipotiroidismo subclínico (TSH elevada y T4 normales) no son claras.

En un estudio de cohorte basado en la población, cerca de 590.000 pacientes de atención primaria (edad media, 50 años; hombres 39%) fueron sometidos a pruebas de función tiroidea sangre entre 2000 y 2010. En general, el 0,3% de los pacientes presentaron hipotiroidismo manifiesto, el 2,0% tenían hipotiroidismo subclínico, 96,0% eran eutiroides, 1,0% tenían hipertiroidismo subclínico, y el 0,7% tenían hipertiroidismo manifiesto. Durante una mediana de seguimiento de 5,5 años, > 17.000 participantes recibieron primeros diagnósticos de FA. En comparación con los pacientes eutiroides, los pacientes con hipotiroidismo tenían menos riesgo de FA (cociente de tasas de incidencia, 0,67), al igual que las personas con hipotiroidismo subclínico (IRR, 0,87), riesgo de FA fue mayor en los pacientes con hipertiroidismo subclínico (IRR, 1,31) o hipertiroidismo manifiesto (IRR, 1,42) que en los pacientes eutiroides. Al estratificar los datos por edad, sexo, o ambos, no cambiaron las asociaciones.

Comentario: En este estudio prospectivo de gran tamaño, una relación lineal se observó entre la función tiroidea y riesgo de FA: El riesgo de fibrilación auricular se asocia estrechamente con la actividad de la glándula tiroidea, con un bajo riesgo de hipotiroidismo manifiesto, con un alto riesgo en el hipertiroidismo, y un nivel de TSH se asocia positivamente con el riesgo de fibrilación auricular, en todo el espectro de la enfermedad tiroidea subclínica. Los autores sugieren que los pacientes con hipertiroidismo subclínico deben ser examinados rutinariamente para sospecha de FA.

La FDA aprueba un medicamento para tratar la hipercolesterolemia familiar homocigótica.

For Immediate Release: Jan. 29, 2013. Media Inquiries: Morgan Liscinsky, 301-796-0397; morgan.liscinsky@fda.hhs.gov

Consumer Inquiries: 888-INFO-FDA

La FDA ha aprobado el sodio mipomersen (Kynamro) en los pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigótica, como complemento de otros medicamentos hipolipemiantes y la dieta. Mipomersen es un fármaco que bloquea la transcripción de proteínas mediante la unión a ARNm.

En un ensayo clínico de 51 pacientes, los niveles de colesterol LDL eran un 25% más baja en el grupo que recibió el fármaco después de 26 semanas. Mipomersen también ayuda a bajar los niveles de apolipoproteína B, colesterol total y el colesterol no-HDL.

Mipomersen llevará un recuadro de advertencia sobre el aumento del riesgo de toxicidad hepática. Los efectos secundarios comunes incluyen el sitio de inyección reacciones, síntomas parecidos a la gripe, náuseas, dolor de cabeza, y los niveles elevados de transaminasas séricas.

Hacer transfusiones de sangre durante infarto de miocardio Ayuda o le perjudica?

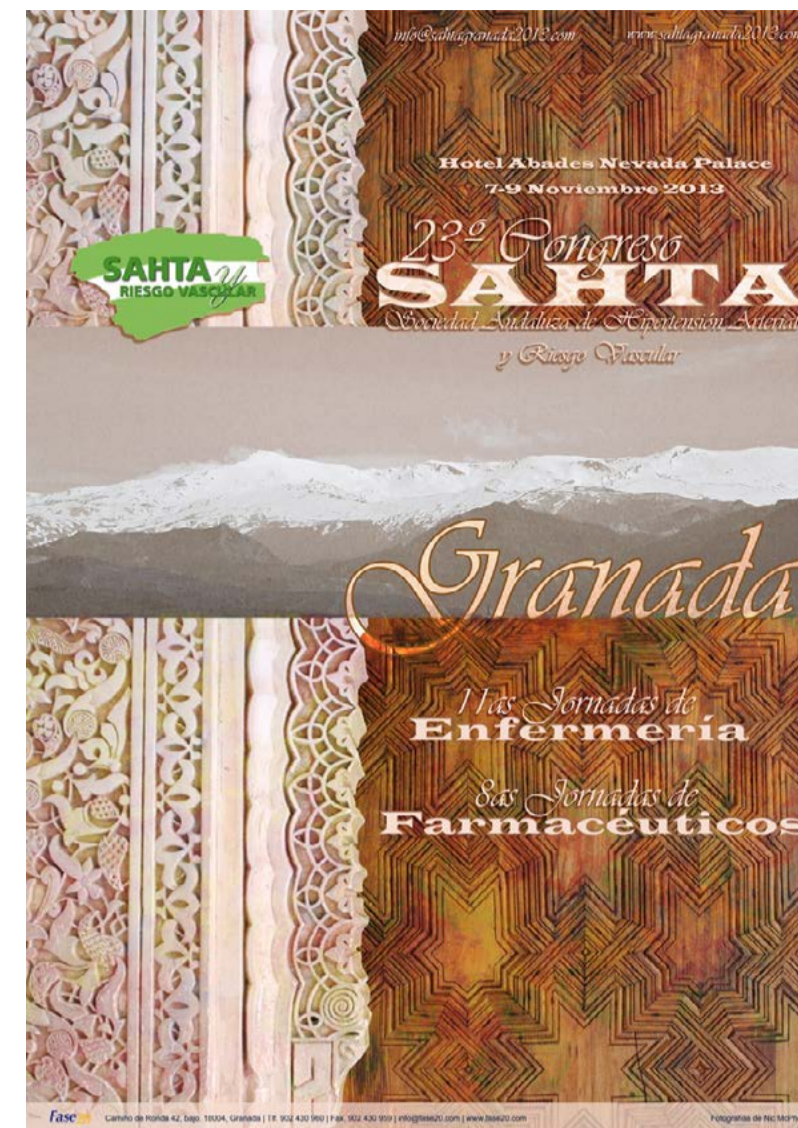
Chatterjee S et al. Arch Intern Med 2012 Dec 24; [e-pub antes de impresión]. (Http://dx.doi.org/10.1001/2013.jamainternmed.1001)

En un meta-análisis, las estrategias de transfusión liberales se asociaron con un aumento significativo en el riesgo de mortalidad y reinfarto.

A pesar de la tentación de emplear transfusiones de sangre en pacientes con anemia marcada durante los síndromes coronarios agudos es comprensible, la evidencia de apoyo es ambigua en el mejor de los casos. La transfusión de sangre, presumiblemente aumenta capacidad de transportar oxígeno, lo que podría aliviar la isquemia miocárdica, sin embargo, también puede resultar en una sobrecarga de volumen o inducir hipercoagulabilidad.

Estos investigadores realizaron un meta-análisis de 10 estudios - La participación de 203.665 pacientes - la comparación de la transfusión de sangre sin transfusión de sangre o un enfoque transfusión liberal con un criterio restrictivo. Sólo hubo un ensayo controlado aleatorio incluido, los otros estudios fueron observacionales. La transfusión se asoció con un riesgo significativamente mayor de muerte por todas las causas (razón de riesgo, 2,91; aumento del riesgo absoluto, el 12%, el número estimado necesario para dañar, 8) y de infarto de miocardio recurrente (MI; RR, 2,04). La heterogeneidad entre los estudios fue significativa con respecto a los dos puntos finales. Los resultados fueron similares después del ajuste para una variedad de características del estudio, incluyendo la duración del seguimiento y los niveles de hemoglobina. Aunque la asociación de transfusión con la mortalidad no fue significativo en los pacientes con infarto de miocardio del segmento ST o elevación de los niveles de hematocrito por debajo de 30%, los intervalos de confianza fueron amplios, lo que impide cualquier conclusión de que las conclusiones de estos dos grupos eran significativamente diferentes de los del análisis principal.

Comentario: Los resultados de este metanálisis son limitadas por la calidad de los estudios incluidos. Dado que la mayoría de los estudios individuales fueron observacionales, los resultados pueden reflejar la confusión por las características del paciente no medidos. Sin embargo, el estudio me hacen pensar con más cuidado en el empleo de transfusiones de sangre en mis pacientes con infarto de miocardio que tienen anemia, y sienta las bases para un juicio definitivo para abordar esta cuestión de importancia clínica.



Zona de Descarga

Descárguese los certificados a través de su zona personal con el usuario y contraseña obtenidos al realizar su inscripción....

Descargar Certificados

