

ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES ALCANZADOS DE LA LIPOPROTEÍNA DE BAJA DENSIDAD Y EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE EN TRATAMIENTO CON ESTATINAS

Leibowitz M, Karpati T, Cohen-Stavi Ch, Feldman B, et al.

Importancia: las guías internacionales recomiendan el tratamiento con estatinas para pacientes con cardiopatía isquémica preexistente para prevenir otros eventos cardiovasculares, aunque difieren con respecto a los niveles diana de la lipoproteína de baja densidad colesterol (C-LDL). Los datos del ensayo sobre esta cuestión son inconclusos y no se dispone de datos observacionales.

Objetivo: evaluar la relación entre los niveles de C-LDL alcanzados mediante el tratamiento con estatinas y los eventos cardiovasculares en pacientes adherentes con cardiopatía isquémica preexistente.

Diseño, centro y participantes: estudio de cohorte con un diseño observacional basado en poblaciones realizado desde 2009 a 2013 con datos provenientes de una organización de servicios de la salud en Israel, con cobertura para más de 4,3 millones de miembros. Los pacientes incluidos en el estudio padecían cardiopatía isquémica, de entre 30 a 84 años de edad, en tratamiento con estatinas, y al menos el 80% cumplía con el tratamiento; en un análisis de sensibilidad, al menos el 50% lo cumplía. Se excluyeron los pacientes con cáncer activo o anomalías del metabolismo.

Índice de exposición: se definió al C-LDL como la primera medición alcanzada de C-LDL en suero después de al menos un año de tratamiento con estatinas, dividida en grupos como bajo ($\leq 70,0$ mg/dL), moderado (70,1-100,0 mg/dL) o alto (100,1-130,0 mg/dL).

Parámetros y mediciones principales: los eventos cardíacos adversos mayores incluyeron infarto de miocardio agudo, angina inestable, accidente cerebrovascular, angioplastia, bypass quirúrgico o mortalidad por cualquier causa. La tasa de riesgo de los resultados adversos se

calculó utilizando dos modelos de riesgos proporcionales de Cox con LDL-C bajo vs moderado y moderado vs alto, ajustados para factores de confusión y luego evaluados con el análisis de pareamiento por puntaje de propensión.

Resultados: la cohorte con al menos 80% de cumplimiento incluyó 31.619 pacientes, para quienes la media (SD) de edad fue 67,3 (9,8) años. De esta población, 27% se constituyó por mujeres y 29% tuvo C-LDL bajo, 53% moderado y 18% alto al estar en tratamiento con estatinas. En general, hubo 9.035 pacientes que presentaron un resultado adverso durante una media de 1,6 años de seguimiento (6,7 cada 1.000 personas por año). La prevalencia ajustada de resultados adversos no fue diferente entre C-LDL bajo y moderado (índice de riesgo [HR], 1,02; 95% IC, 0,97-1,07; $p = .54$), pero fue menor en el C-LDL moderado vs alto (HR, 0,89; 95% IC, 0,84-0,94; $p < .001$). Entre 54.884 pacientes con al menos 50% de cumplimiento con el tratamiento de estatinas, el HR ajustado fue 1,06 (95% IC, 1,02-1,10; $p = .001$) en el grupo bajo vs moderado y 0,87 (95% IC, 0,84-0,91; $p = .001$) en el grupo moderado vs alto.

Conclusiones y relevancia: los pacientes con niveles de C-LDL de 70 a 100 mg/dL que recibían estatinas tuvieron menor riesgo de resultados cardiovasculares adversos en comparación con aquellos con niveles de C-LDL de entre 100 y 130 mg/dL, pero no se logró ningún beneficio adicional al alcanzar un C-LDL de 70 mg/dL o menos. Estos datos basados en la población no sustentan a las guías de tratamiento que recomiendan niveles diana muy bajos de C-LDL para todos los pacientes con cardiopatía preexistente.

JAMA Intern Med. 2016; 176(8):1105-1113. doi:10.1001/jamainternmed.2016.2751

DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN EUROPA: ¿PANDEMIA?

Cashman KD, Dowling K, Skrabáková Z, et al.

Antecedentes: se ha descrito a la deficiencia de vitamina D como una pandemia, pero los datos de distribución de la 25-hidroxi vitamina D [25(OH)D] en suero son de muy variable calidad para la Unión Europea. El programa de normalización de la vitamina D (VDSP) liderado por el National Institutes of Health (NIH) ha desarrollado protocolos para estandarizar los valores existentes de 25(OH)D

a través de encuestas nacionales de salud/nutrición.

Objetivo: este estudio aplicó los protocolos VDSP a los datos de 25(OH)D en suero de poblaciones europeas representativas de niños/adolescentes y adultos/adultos mayores, que representaban un espacio geográfico considerable para cuantificar mejor la prevalencia de la deficiencia de vitamina D en Europa.

Diseño: los protocolos VDSP se aplicaron en 14 estudios poblacionales [re-análisis de subgrupos de 25(OH)D en suero en 11 estudios y análisis completo de todas las muestras de tres estudios que no lo habían medido previamente] mediante cromatografía líquida por espectrometría de masas en tándem certificada en suero de biobanco. Estos datos se combinaron con datos de 25(OH)D en suero estandarizado de cuatro estudios estandarizados previamente (por un total n=55.844). Los cálculos de prevalencia de deficiencia de vitamina D [utilizando varios umbrales de 25(OH)D en suero] se generaron sobre la base de datos de 25(OH)D estandarizado.

Resultados: un cálculo combinado global, independientemente del grupo etario, mezclas étnicas y latitudes de las poblaciones en estudio, demostró que el 13,0% de los 55.844 individuos europeos tenía concentraciones de 25(OH)D en suero, 30 nmol/L en promedio al año, con 17,7% y 8,3%

en aquellos muestreados durante los periodos de invierno prolongado (octubre-marzo) y verano (abril-noviembre), respectivamente. De acuerdo a una definición sugerida alternativa de la deficiencia de vitamina D (< 50 nmol/L), la prevalencia fue de 40,4%. Los sub-grupos étnicos de piel oscura presentaron una mayor prevalencia (3- a 71-veces) de 25(OH)D en suero, 30 nmol/L que las poblaciones blancas.

Conclusiones: la deficiencia de vitamina D es evidente en cualquier población Europea con tasas de prevalencia que involucran y requieren la acción de una perspectiva de salud pública. La dirección que tomen estas estrategias dependerá de la política Europea pero deberán apuntar a asegurar la ingesta de vitamina D que protege contra la deficiencia de vitamina D en la mayoría de las poblaciones europeas.

Am J Clin Nutr 2016;103:1033-44

UNA ESTIMACIÓN CONTEMPORÁNEA DE LA MORTALIDAD TOTAL Y RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES TIPO 1: LA EPIDEMIOLOGÍA DE UN ESTUDIO DE COMPLICACIONES DE LA DIABETES DE PITTSBURGH

Miller RG, Mahajan HD, Costacou T, et al.

Objetivo: no es claro el grado de prevalencia en que la mortalidad y enfermedad cardiovascular (ECV) se mantiene elevado en jóvenes adultos estadounidenses con diabetes tipo 1 (DMT1). Hemos determinado tasas contemporáneas para adultos < 45 años con DMT1 crónica, iniciada en la niñez del estudio de la Epidemiología de las Complicaciones de la Diabetes de Pittsburg (ECD).

Diseño y métodos de la investigación: se estudiaron los miembros de un estudio de cohorte ECD < 45 años de edad durante el período de seguimiento 1996-2012 (n=502). Las tasas de mortalidad y ECV se calcularon para aquellos de 30-39 y 40-44 años de edad. Se emplearon datos de antecedentes de la población del condado de Allegheny, Pensilvania, para calcular la mortalidad pareada con edad y sexo (MES) y razón de tasas de incidencia (RTI).

Resultados: en ambos grupos etarios, la (MES) para mortalidad total fue ~ 5 (95% ICs: 30-39-años-edad, 2,8, 7,2; 40-44 años edad, 3,4, 7,8). La mortalidad por ECV MESs se encontraba en un rango de 19 (95% IC 11, 32) a 33

(95% IC 17, 59). El RTI de la ECV con hospitalización fue ~ 8 (95% ICs: 30-39 años edad, 2,5, 18,9; 40-44 años edad, 4,5, 12,8); los procedimientos de revascularización representan mucho el riesgo aumentado. Para todos los resultados, el riesgo relativo fue mayor en mujeres. Los participantes de entre 30-39 años de edad presentaron 6,3% (95% IC 3,8, 9,8) riesgo absoluto de ECV de 10 años aproximándose, al punto de corte de 7,5% recomendado por el Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón para iniciar el tratamiento con estatinas en adultos mayores.

Conclusiones: la mortalidad total y por ECV y la hospitalización están significativamente aumentadas en esta cohorte estadounidense contemporánea con DMT1 crónica. Estos hallazgos sustentan el manejo del factor de riesgo más agresivo en la DMT1, especialmente entre mujeres.

Diabetes Care 2016 Dec; 39(12): 2296-2303.

<http://dx.doi.org/10.2337/dc16-1162>