

Informes SIIC

USO PREOPERATORIO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS Y MAYOR RIESGO DE HEMORRAGIA EN LA CIRUGÍA CORONARIA

Resultados de un estudio de cohorte retrospectivo que investigó la asociación entre el uso preoperatorio de aspirina y clopidrogel y la indicación de transfusiones

Hamilton, Canadá

El uso de aspirina y clopidrogel, solos o en combinación, previo a la cirugía de revascularización coronaria puede incrementar el riesgo asociado de transfusiones de productos sanguíneos en el posoperatorio. Se sugiere la realización de nuevos estudios para la determinación de hallazgos válidos que puedan aplicarse a la práctica clínica.

[*BMC Cardiovascular Disorders* 3:3, 2003 – SIIC]

La administración de drogas antiplaquetarias antes de la cirugía de revascularización coronaria, se asocia a riesgo incrementado de hemorragia y la necesidad de una nueva exploración quirúrgica asociada.

Existe escasa información del efecto combinado de la aspirina y el clopidrogel y el uso posterior de productos sanguíneos, cercanos a la realización de la técnica del bypass.

Investigadores del Departamento de Cuidados Críticos de la McMaster University de la ciudad de Hamilton, desarrollaron un estudio para la evaluación del riesgo asociado entre el uso de aspirina y clopidrogel y las transfusiones de productos sanguíneos efectuados en el período perioperatorio.

A los fines del estudio se registró información de una cohorte de 659 individuos que se sometieron a una primera cirugía de revascularización sin la existencia concomitante de cirugía aórtica o valvular, en un centro quirúrgico, entre enero 2000 y abril 2002.

Los sujetos se agruparon en 4 grupos según la indicación de aspirina (n= 105), clopidrogel (n=11), una combinación de ambas (n=46) o ninguna droga (n=497), dentro de los 7 días antes del procedimiento quirúrgico.

Los resultados primarios de la investigación buscaron la determinación de la indicación de mayor número de transfusiones de productos sanguíneos efectuadas durante la cirugía y hasta el segundo día del posoperatorio.

Las transfusiones excesivas se definieron como ≥ 2 unidades de células rojas, ≥ 2 unidades de plasma fresco congelado, ≥ 5 unidades de crioprecipitados o ≥ 5 unidades de plaquetas.

Los objetivos secundarios incluyeron la observación del número medio de unidades de transfusión de cada tipo de producto sanguíneo.

Los resultados de la investigación determinaron que se transfundieron un mayor número de unidades de células rojas entre los que recibieron clopidrogel solo (2.9) o en combinación con aspirina (2.4), comparado con los que recibieron aspirina (1.9) o ninguna droga antiagregante (1.4)($p=0.001$). Una tendencia similar evidenció para el respectivo número medio de unidades transfusionales de plaquetas (3.6, 3.7, 1.3 y 1.0; $p<0.001$) y para el plasma fresco (2.5, 3.1, 2.3, 1.6; $p=0.01$) En comparación con los que no usaron ningún producto, el riesgo de mayor indicación de productos para transfusiones fue más elevado entre los receptores de aspirina y clopidrogel juntos. No se observó una asociación significativa entre los que consumieron aspirina o clopidrogel en forma separada en comparación con los que no utilizaron producto alguno.

Los autores concluyeron que el uso combinado de ambas drogas antiagregantes, inmediatamente antes de cirugía de revascularización coronaria puede incrementar el riesgo asociado de una mayor indicación de transfusiones.

La existencia de ciertas limitaciones del estudio requiere de nuevas investigaciones que determinen el valor del monitoreo de la función plaquetaria y la efectividad de las drogas antiagregantes, a fin de la reducción del riesgo de sangrado postoperatorio.

INFLAMACION E HIPERHOMOCISTEINEMIA COMO MECANISMOS CAUSANTES DE ATEROSCLEROSIS EN EL FUMADOR

Estudio de tipo transversal entre la población general.

Nueva Orleans, EE.UU.

Los resultados sugieren que la inflamación y la hiperhomocisteinemia, podrían ser mecanismos importantes a través de los cuales el hábito de fumar produce enfermedad aterosclerótica.

[Annals of Internal Medicine 128(11): 891-897, Jun 2003 – SIIC]

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en todo el mundo, y en los EE.UU. representa aproximadamente el 40 % de los fallecimientos de 1999. El hecho de fumar cigarrillos es uno de los mayores factores de riesgo modificables para las enfermedades cardiovasculares, incluyendo la patología coronaria, accidente cerebrovascular, la enfermedad cardiovascular periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva.

La relación entre el hecho de fumar cigarrillos y muchos factores de riesgo bien establecidos, ha sido muy bien estudiada, ya que produce mayores niveles séricos de colesterol, reactividad vasomotora coronaria, agregación plaquetaria y estado protrombótico. Sin embargo, existen pocos datos disponibles acerca de la relación entre fumar cigarrillos y nuevos factores pronósticos de enfermedad cardiovascular, tales como el nivel en suero de la proteína C reactiva, del fibrinógeno y de la homocisteína.

Los resultados de este ensayo muestran relación positiva e independiente entre el fumar y los niveles elevados de proteína C reactiva, el fibrinógeno y la homocisteína, en una muestra representativa de la población de los EE.UU., lo que sugiere que la inflamación y la hiperhomocisteinemia serían factores importantes a través de los cuales el humo de los cigarrillos produciría enfermedad aterosclerótica.

Fueron analizadas en este estudio 7 458 personas fumadoras mayores de 18 años de edad, entre 1988 y 1994, divididas en 3 grupos: no fumadores, antiguos fumadores y fumadores actuales.

La significancia estadística entre los distintos grupos de fumadores, es decir las variables categóricas se analizaron por medio del test de Wald, y las variables continuas a través de análisis de covarianza.

El ensayo se llevó a cabo sobre una muestra representativa nacionalmente, por lo que los resultados podrían ser generalizados a toda la población de los EE.UU. Además, se ajustó para la posible presencia de factores confusión estadística y se utilizó como marcador bioquímico confiable del uso de tabaco, el nivel de creatinina en suero.

Los hallazgos de la relación entre fumar cigarrillos y los niveles elevados de fibrinógeno y homocisteína son coincidentes con los de otros estudios, comentan los autores, aunque en el presente ensayo se examinó dicha relación en una gran muestra representativa nacional.

La limitación para el análisis la constituye su naturaleza de estudio cruzado, que no permite determinar la relación temporal entre el humo del cigarrillo y la elevación de los nuevos factores de riesgo; además, el análisis se llevó a cabo entre 1988 y 1994, cuando todavía los tests de alta sensibilidad para la proteína C reactiva no estaban ampliamente disponibles.

Los estudios de cohortes habían demostrado que los niveles elevados de proteína C reactiva, fibrinógeno y homocisteína se relacionaban positivamente con el riesgo de enfermedad arterial coronaria y accidente cerebrovascular, así como con eventos cardiovasculares en general y el incremento del riesgo, pero se encuentran pocos datos disponibles, señalan los autores, acerca de la relación entre los valores de proteína reactiva y el humo de los cigarrillos.

En conclusión, destacan, este ensayo identificó una fuerte relación positiva, independiente y de tipo dosis y

respuesta entre el hecho de fumar y los valores elevados de proteína C reactiva, en una muestra representativa de la población estadounidense, así como una fuerte correlación positiva entre el humo de los cigarrillos y los niveles incrementados de fibrinógeno y homocisteína.

Esos datos sugieren que la inflamación y la hiperhomocisteinemia pueden ser mecanismos importantes, por medio de los cuales el hecho de fumar provoca enfermedad aterosclerótica.

EL PUNTAJE DE RIESGO DE FRAMINGHAM PUEDE SER UTILIZADO PARA ESTIMAR LA ATEROSCLEROSIS CORONARIA EN JOVENES

Tiene buena correlación con el grosor de la íntima-media carotídea

Nueva Orleans, EE.UU.:

La ecografía de modo B permite medir en forma no invasiva el grosor íntima-media en las arterias carótidas extracraneales. Dicho parámetro es considerado marcador secundario de la aterosclerosis coronaria. El puntaje de riesgo de Framingham tiene adecuada correlación con los hallazgos ecográficos y también puede ser utilizado para estimar el riesgo de eventos coronarios. [Atherosclerosis 170(1):125-130 Sep 2003] – aSNC

El puntaje de riesgo de Framingham (PRF) fue formulado en una cohorte de individuos blancos cuyas edades oscilaban entre 30 y 74 años. Su finalidad es el pronóstico de eventos coronarios. Dicho puntaje es utilizado actualmente para identificar sujetos jóvenes con riesgo elevado de complicaciones cardíacas. Investigadores norteamericanos estudiaron la correlación entre el PRF y un marcador secundario de aterosclerosis coronaria, el grosor de la íntima-media carotídea (GIMC) medido por ecografía.

Los científicos estadounidenses convocaron a 517 adultos jóvenes con edades entre 20 y 37 años. El 71% eran blancos y 39% hombres. Todos ellos fueron sometidos a ecografía de vasos del cuello, mediante la cual se midió el GIMC.

Además se utilizaron los datos acerca de la edad, sexo, presión arterial sistólica, razón entre colesterol total y colesterol HDL, tabaquismo, diabetes tipo 2 e hipertrofia ventricular izquierda para calcular el PRF. Los resultados demostraron la relación lineal positiva significativa entre el GIMC y el PRF, tanto en la carótida interna, bulbo carotídeo y carótida común. Los hallazgos fueron similares en blancos y negros.

Aunque las manifestaciones clínicas de la enfermedad coronaria ocurren en individuos de mediana edad y mayores, las etapas iniciales de la aterosclerosis coronaria progresiva se establecen en la segunda y tercer décadas de la vida.

El estudio Framingham acentuó la importancia del perfil multifactorial en la predicción y prevención de la coronariopatía. Los trabajos basados en autopsias han mostrado claramente la relación entre el mayor número de factores de riesgo y el aumento de la severidad de las placas fibrolipídicas en las arterias del corazón. Por lo tanto, el diseño del PRF, que toma en cuenta múltiples parámetros, es ideal para la estimación del riesgo coronario de cada individuo.

Los autores destacan que sus investigaciones comprueban que puede ser empleado satisfactoriamente en personas jóvenes de distintas razas.

El análisis estadístico no detectó relación del GIMC y el PRF con la obesidad y la historia familiar de trastornos cardíacos. Es probable que esa falta de asociación se deba a la juventud de los participantes. Un dato importante para los ecografistas es que el bulbo carotídeo fue el segmento de dicho vaso que más correlación mostró con el PRF, y por lo tanto con la aterosclerosis coronaria, a pesar de que el segmento empleado mayoritariamente para la evaluación es la carótida común. La mayor exposición del bulbo de la carótida a las fuerzas hemodinámicas sugiere que tendría más utilidad para estudiar los cambios vasculares iniciales relacionados con la aterosclerosis.

En conclusión, el GIMC aumenta junto con el PRF en jóvenes sanos y asintomáticos. Los expertos proponen utilizar el PRF para guiar las intervenciones dirigidas a controlar los factores de riesgo cardiovasculares desde edades tempranas.

RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA SEGUN LOS NIVELES DE COLESTEROL

Resultados de un estudio que analiza las modificaciones en el riesgo de enfermedad coronaria a lo largo de vida según los niveles de colesterol

Boston, EE.UU:

El riesgo de enfermedad coronaria a lo largo de la vida se incrementa claramente con los niveles mayores de colesterol total, en hombres y mujeres de todas las edades. Se sugiere la pesquisa de los niveles de colesterol en sujetos jóvenes, a fin de identificar la población en riesgo e indicar medidas de promoción de hábitos saludables de vida.

[Archives Internal Medicine 163:1966-1972 Sep 2003] – aSNC

En los últimos años existió un cambio de paradigma en la estimación del riesgo de enfermedad coronaria, con mayor énfasis en el riesgo absoluto de desarrollo de enfermedad cardiovascular. La toma de decisiones clínicas, según normas de la American Heart Association, en relación con el tratamiento de los factores de riesgo para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular coronaria constituye un desafío actual. Estos datos permiten responder ciertos interrogantes relacionados con la oportunidad del desarrollo de enfermedad coronaria vascular antes de alcanzar la muerte por otra causa.

El Estudio Framingham del Corazón, es un estudio de cohorte de seguimiento a largo plazo, que documenta cuidadosamente los factores de riesgo y eventos coronarios y ofrece una oportunidad única de evaluación de los niveles de colesterol que modifican el riesgo a lo largo de la vida, en hombres y mujeres de diferentes edades.

A los fines de esta investigación se incluyeron los participantes del Estudio Framingham del corazón, examinados entre 1971 y 1996, que no presentaron enfermedad coronaria y no recibieron medicación para disminución de los niveles de colesterol.

En las edades índices de 40, 50, 60, 70 y 80 años los participantes se clasificaron en relación con los niveles de colesterol total y las subfracciones del colesterol.

Los resultados de la investigación mostraron que entre 3 269 hombres y 4 019 mujeres, 1 120 desarrollaron enfermedad cardiovascular coronaria y 1 365 fallecieron por otras causas, libres de eventos coronarios durante el período de seguimiento.

En cada edad considerada como índice, el riesgo a lo largo de la vida de enfermedad coronaria se incrementa con los niveles más elevados de colesterol.

A la edad de 40 años, los riesgos a lo largo de la vida de enfermedad coronaria hasta los 80 años, para hombres con niveles de colesterol menores a 200 mg/dl, 200 a 239 mg/dl y 240 mg/dl o mayor fue 31%, 43% y 57% respectivamente; en el caso de las mujeres, el riesgo a lo largo de la vida fue de 15%, 26% y 33% respectivamente.

Los hallazgos del estudio permitieron concluir que el riesgo de vida a lo largo de la vida se incrementa estrechamente con el incremento de los niveles del colesterol para hombres y mujeres en todas las edades. Estos datos destacan el importante papel de la pesquisa del colesterol en pacientes jóvenes, que favorecen la identificación de pacientes de alto riesgo, en quienes es posible la promoción de hábitos saludables de vida y la indicación de terapia con drogas.

Los autores sugieren que los datos pueden ser de utilidad para los investigadores y tomadores de decisión, para la consideración real de la amenaza que esta patología cardiovascular representa para la población.

TRATAMIENTO DE LAS DISLIPEMIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA

Revisión de la atención primaria de pacientes con enfermedad cardíaca coronaria

Liverpool, Reino Unido:

El tratamiento de las hiperlipemias en pacientes con enfermedad cardíaca isquémica ha demostrado ser subóptimo a pesar de los beneficios probados de la terapia con estatinas. En muchas ocasiones la falta de vigilancia epidemiológica de las dislipemias en este tipo de pacientes lleva a un subdiagnóstico y carencia de administración de tratamiento preventivo.

[International Journal of Clinical Practice 57(6):488-491 Jul-Ago 2003] – aSNC

En muchas ocasiones el tratamiento de la dislipemia en pacientes con enfermedad coronaria no demostró s

el adecuado para mejorar este parámetro que representa importante riesgo cardiovascular. La enfermedad cardíaca coronaria (ECC) afecta aproximadamente a 1.5 millones de personas en el Reino Unido y fue responsable de 125 000 muertes en el año 1998. Las dislipemias como la hipercolesterolemia es un reconocido factor de riesgo de afección cardiovascular y existe reglamentación nacional referida al tratamiento de la misma. Todas las personas con diagnóstico de ECC deben ser medicadas con estatinas y aconsejarles dieta para reducir el colesterol a < 5 mmol/l (colesterol-LDL < 3 mmol/l). A su vez, aquellas personas sin diagnóstico de ECC pero con alto riesgo por más de 10 años deben recibir el mismo consejo. A pesar de estas recomendaciones, existen evidencias de que no todos los individuos con estas características son correctamente medicados y controlados.

Sobre estas bases, un grupo de investigadores de Liverpool, Reino Unido realizó un estudio de vigilancia para evaluar el tratamiento de las dislipemias en pacientes con ECC en centros de atención primaria. Se incluyeron 300 individuos con ECC mayores de 30 años que se evaluaron durante enero de 2001. Se analizaron datos demográficos, diagnóstico de ECC, presencia de enfermedades concomitantes (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus, hipertensión), tratamientos recibidos y mediciones de colesterol.

Del total de pacientes evaluados, 55% tuvieron diagnóstico confirmado de ECC por cambios electrocardiográficos, prueba ergométrica graduada o angiografía. En el 45% restante el diagnóstico de ECC se realizó de manera no objetiva sobre bases clínicas. De los 300 individuos, 249 (83%) tenían mediciones de colesterol y de ellos 141 (56%) recibían tratamiento con estatinas y 108 (44%) no estaban medicados con estas drogas. En 129 pacientes (43% del total) se alcanzaron niveles de colesterol < 5 mmol/l, de los cuales 85 (64%) estaban recibiendo estatinas. De los restantes 120 pacientes con niveles de colesterol > 5 mmol/l, 56 (47%) estaban siendo medicados con estatinas representando falla terapéutica. Por lo tanto, 60% de pacientes (85/141) que recibían estatinas alcanzó niveles de colesterol adecuados (< 5 mmol/l) comparado con 40% (44/108) que no estaban siendo medicados con estatinas. Los individuos que recibían estatinas tenían significativamente mayor probabilidad de alcanzar niveles deseables de colesterol. Los pacientes con ECC confirmada eran los que mayormente habían recibido tratamiento con estatinas.

Los resultados evidencian que muchos pacientes con ECC no están recibiendo medicación apropiada para prevenir complicaciones asociadas a factores de riesgo secundarios como son las dislipemias. Los autores consideran que se debería hacer mayor hincapié en los beneficios de este tipo de terapia en pacientes con ECC. Por otro lado, la falla terapéutica observada en un número importante de casos podría estar evidenciando mala dosificación de las estatinas y sería otro punto a tener en cuenta.