

## La denervación renal podría proporcionar un beneficio adicional en la ablación de FA

**Mark S. Link, MD que revisa Steinberg JS et al. JAMA 2020 21 de enero Estes NAM III. JAMA 2020 21 de enero**

Los pacientes con fibrilación auricular (FA) con frecuencia también tienen hipertensión. En los ensayos no aleatorios, el control de la presión arterial (PA) parece haber disminuido las recurrencias de FA después de la ablación, pero esto no se observó en un ensayo aleatorizado y controlado reciente (ECA). La denervación renal para tratar la hipertensión es un tema candente; aunque múltiples ensayos pequeños han mostrado un beneficio, el ensayo clínico aleatorizado (ECA) Symplicity HTN-3 controlado con control simulado tuvo resultados negativos (NEJM JW Cardiol May 2014 y N Engl J Med 2014; 370: 1393). Ahora, los investigadores en un ECA multicéntrico, iniciado por un investigador y no financiado por la industria evalúan si la denervación renal mejora los resultados de la ablación de FA (ERADICATE-AF; NCT01873352).

Los 302 pacientes con FA paroxística e hipertensión que no se controlaron de manera óptima con  $\geq 1$  agente, recibieron aislamiento de la vena pulmonar (y la ablación del aleteo auricular derecho típico si se documentó previamente o en el momento de la ablación de la FA). El brazo de intervención también involucró la denervación renal, generalmente realizada con un catéter de radiofrecuencia de punta irrigada estándar.

El procedimiento combinado fue más largo y requirió más fluoroscopia que la ablación estándar, pero no se asoció con más complicaciones. Las recurrencias de FA a los 12 meses fueron más comunes en aquellos sin denervación renal (43% frente a 28%). La disminución media de la presión sistólica fue más prominente en el brazo de denervación renal (de 150 mmHg a 135 mmHg; brazo control, de 151 mmHg a 147 mmHg).

**COMENTARIO:** El control optimizado de la PA probablemente mejoraría los resultados de la ablación de FA, a pesar del hallazgo negativo de Symplicity HTN-3. La denervación renal promete no solo mejorar el control de la PA, sino también afectar la estimulación autónoma del corazón. Como también señala un editorialista, estos resultados deberían confirmarse con un nuevo ECA, controlado y simulado, antes de convertirse en el estándar de atención.

## Confusión sobre el colesterol: La American Heart Association aclara

**Karol E. Watson, MD, PhD, FACC revisando Carson JAS et al. Circulación 2019 Dic 16**

Un aviso científico de la AHA aborda la controversia sobre el colesterol dietético y el riesgo cardiovascular.

Varias pautas nutricionales y de reducción de riesgo cardiovascular recientes han eliminado las restricciones en la ingesta de colesterol en la dieta. En respuesta a la controversia en curso sobre este tema, la American Heart Association (AHA) ha publicado un aviso científico que evalúa la evidencia sobre el papel del colesterol en la dieta en la salud cardiovascular.

La declaración reconoce que la evidencia que relaciona el colesterol en la dieta con el riesgo cardiovascular es débil y a menudo contradictoria. La mayoría de los estudios observacionales informan que no hay una asociación significativa entre el colesterol dietético (o el consumo de huevos) y los eventos cardiovasculares adversos. Además, interpretar estos estudios es difícil porque la mayoría de los alimentos que contienen colesterol también son ricos en grasas saturadas. Por lo tanto, la declaración de la AHA no proporciona un objetivo específico de colesterol en la dieta y, en cambio, recomienda que la orientación dietética enfatice patrones dietéticos saludables, como las dietas mediterráneas o DASH (Enfoques dietéticos para detener la hipertensión).

**COMENTARIO:** Datos contradictorios y de baja calidad han llevado a diferentes organizaciones a emitir guías contradictorias sobre el colesterol en la dieta. En el pasado, la AHA recomendaba restringir la ingesta de colesterol a 300 mg / día, pero las pautas de colesterol de la American College of Cardiology (ACC) / AHA de 2013 indicaron que no había pruebas científicas suficientes para recomendar limitar el colesterol en la dieta. Del mismo modo, las Directrices dietéticas más recientes para estadounidenses del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No establecen límites específicos recomendados para la cantidad de colesterol que consumimos.

## La polipíldora para la prevención de enfermedades cardiovasculares en una población desatendida

**N Engl J Med. 2019 Sep 19; 381(12): 1114-1123**

Las personas con bajo nivel socioeconómico y las personas no blancas en los Estados Unidos tienen altas tasas de enfermedad cardiovascular (ECV). El uso de píldoras combinadas (también llamadas "polipíldoras") que contienen dosis bajas de medicamentos con beneficios comprobados para la prevención de ECV puede ser beneficioso en dicha población.

Se llevó a cabo un estudio controlado y aleatorizado con adultos sin ECV, los cuales fueron aleatorizados a recibir la polipíldora o a la atención habitual en un centro de salud comunitario federal de Alabama. Los componentes de la polipíldora fueron atorvastatina (dosis de 10 mg), amlodipino (2,5 mg), losartán (25 mg) e hidroclorotiazida (12,5 mg). Los criterios principales de valoración fueron los cambios desde el inicio en la presión arterial sistólica y el nivel de colesterol-LDL a los 12 meses.

Se incluyeron 303 adultos, de los cuales el 96% eran negros. Tres cuartos de los participantes tenían un ingreso anual inferior a \$15,000. El riesgo cardiovascular medio estimado a 10 años fue del 12,7%, la presión arterial basal fue de 140/83 mmHg y el nivel basal de colesterol-LDL fue de 113 mg/dl. El coste mensual de la polipíldora fue de \$26. A los 12 meses, la adherencia al régimen de polipíldora, según el recuento de píldoras, fue del 86%. La presión arterial sistólica media disminuyó en 9 mmHg en el grupo de polipíldora, en comparación con 2 mmHg en el grupo de atención habitual (diferencia, -7 mmHg; IC 95% -12 a -2). El nivel medio de colesterol-LDL disminuyó en 15 mg/dl en el grupo de polipíldora, en comparación con 4 mg/dl en el grupo de atención habitual (diferencia, -11 mg/dl; IC 95% -18 a -5).

**En definitiva,** la estrategia basada en polipíldoras condujo a mayores reducciones en la presión arterial sistólica y el nivel de colesterol-LDL en comparación con la atención habitual en una población socioeconómicamente vulnerable.

## La enfermedad del hígado graso no alcohólico aumenta el riesgo de enfermedad renal crónica avanzada incidente: estudio de cohortes emparejadas

**J Intern Med. 2019 Dec; 286(6): 711-722.**

A medida que aumenta la prevalencia de la enfermedad del hígado graso no alcohólico (siglas en inglés, NAFLD) es importante conocer su impacto potencial en el desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC). Con el fin de determinar la asociación longitudinal de la NAFLD con el desarrollo de ERC avanzada, se realizó un análisis de cohortes retrospectivas de la base de datos estadounidense Truven Health MarketScan (2006-2015).

Entre los 262.619 pacientes recién diagnosticados de NAFLD y 769.878 pacientes sin NAFLD emparejados por puntuación de propensión (1:39, ocurrieron 5.766 y 8.655 nuevos casos de ERC avanzada (etapa 3-5), respectivamente. La tasa bruta de incidencia de ERC fue de 8,2 y 5,5 por 1000 personas-año en los grupos NAFLD y no NAFLD, respectivamente. En el modelo de Cox multivariante, los pacientes con NAFLD tuvieron un riesgo un 41% mayor de desarrollar ERC avanzada en comparación con los pacientes que no padecían NAFLD (hazard ratio 1,41; IC 95% 1,36-1,46). En el análisis de sensibilidad ajustado por covariables que varían con el tiempo después del diagnóstico de NAFLD, la NAFLD persistió como un factor significativo de riesgo de ERC (HR 1,58; IC 95% 1,52-1,66) y la asociación se mantuvo significativa cuando se estratificó por edad, sexo y comorbilidades preexistentes. El riesgo de ERC aumentó en pacientes con NAFLD y cirrosis compensada (HR 1,47; IC 95% 1,36-1,59) y cirrosis descompensada (HR 2,28; IC 95% 2,12-2,46).

**Se concluye** que la enfermedad del hígado graso no alcohólico se asocia de forma independiente con un mayor riesgo de desarrollo de ERC avanzada. Esto respalda la realización de un cribado de la función renal y su monitorización en esta población.

Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos

La SAHTA en las Redes Sociales Sigue todas las actividades y novedades de la Sociedad en..

