

## Contracepción oral, terapia hormonal y riesgo de ictus

**Johansson T, Fowler P, Ek WE, Skalkidou A, Karlsson T, Johanson A. Oral contraceptives, hormone replacement therapy, and stroke risk. Stroke 2022 Oct; 53 (10): 3107-3115.**

Millones de mujeres en el mundo consumen anticonceptivos orales (ACO) o se someten a terapia de reemplazo hormonal. Hoy por hoy las consecuencias dependientes del tiempo de consumo y a largo plazo respecto a la presentación de ictus permanecen sin clarificarse.

El presente estudio se llevó a cabo en una muestra de 257.194 mujeres de la base de datos del UK Biobank, nacidas entre 1939 y 1970. Se trató de comprobar la relación entre el consumo de ACO y terapia hormonal y cualquier tipo de ictus, ictus isquémico, hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea. El tiempo de exposición a los fármacos se analizó mediante variables tiempo-dependientes utilizando modelos de regresión de Cox.

Los resultados del estudio son cuando menos sorprendentes, ya que durante el primer año se observó un aumento de la incidencia de ictus (HR 2.49, CI 95% 1.44-4.30), mientras que el riesgo en los años sucesivos fue similar en las mujeres expuestas y no expuestas (HR 1, CI 0.86-1,14). Algo similar ocurrió con las mujeres sometidas a terapia con suplementos de estrógenos, ya que las mujeres expuestas superaron, en términos de riesgo de ictus, a las no expuestas durante el primer año (HR 2,12, CI 95% 1,66-2,70), tanto para ictus isquémico (HR 1,93, CI 95% 1,66-2,70), como para hemorragia subaracnoidea. Tales aumentos de riesgo permanecerían durante los años que duró el tratamiento (HR 1.18, CI 1.05-1,31) y después de suspenderlo (HR 1.16, CI 95% 1,02-1,32).

Los autores concluyen que existe un riesgo mayor de ictus, tanto en las mujeres usuarias de ACO como en aquellas que fueron sometidas a terapia hormonal, durante el primer año, quizás debido a cambios inmediatos del balance hemostático.

## Efectos extrapolados a largo plazo del ensayo DAPA-CKD: un análisis de modelos

**McEwan P, Boyce R, Sanchez JJG, Sjöström CD, Stefansson B, Nolan S, Correa-Rotter R, Rossing P, Chertow GM, McMurray JJV, Wheeler DC, Heerspink HJL, Nephrol Dial Transplant, 2022, doi: 10.1093/ndt/gfac280**

Es necesario optimizar el tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) para reducir el impacto socio-sanitario de la enfermedad. En el estudio DAPA-CKD, el tratamiento con dapagliflozina asociado a la terapia estándar ha demostrado retrasar la progresión del daño renal y reducir la morbilidad en pacientes con ERC. El estudio fue detenido precozmente por los beneficios observados tras un seguimiento medio de 2,4 años. Los efectos a largo plazo del uso de dapagliflozina en este grupo de pacientes son desconocidos. El objetivo del estudio fue estimar los resultados clínicos a largo plazo del estudio DAPA-CKD. Para ello, los autores construyeron un modelo de Markov que extrapoló la incidencia de eventos por 1000 pacientes y las tasas de progresión de la ERC durante un horizonte temporal de 10 años. Los modelos de Markov son el método estándar utilizado en los estudios de coste-efectividad para representar la historia natural de la enfermedad. Su uso permite calcular tanto la esperanza de vida por estado de salud como la ocurrencia de sucesos con implicaciones en términos de coste o efectividad.

Cuando se extrapola a un período de 10 años, los pacientes asignados a Dapagliflozina pasaron más tiempo en estadios de ERC 1-3 y menos en los estadios 4-5 que los que recibieron solo el tratamiento estándar [0,65 (IC 95% 0,41, 0,90) y -0,23 (IC 95% -0,45, 0,00) años por paciente, respectivamente]. Por cada 1000 pacientes tratados, Dapagliflozina evitó 83 muertes, 51 pacientes que precisan iniciar terapia de reemplazo renal, 19 episodios de hospitalización por insuficiencia cardíaca y 39 eventos de daño renal agudo. Estos beneficios fueron independientes de la presencia o no de DM2, la edad y el estadio inicial de ERC.

Los autores concluyen que la adición de Dapagliflozina al tratamiento estándar de pacientes con ERC se estima que tenga beneficios a nivel cardiorrenal a medio y largo plazo. Lo que la convierte en una medida coste-efectiva en este grupo de pacientes.

## Revascularización coronaria híbrida versus injerto de derivación de la arteria coronaria para la enfermedad arterial coronaria multivaso: una revisión sistemática y un metanálisis

**Lauren Kari Dixon, Umme Akberali, Ettore Di Tommaso, et al., International Journal of Cardiology, (2022), 359, (20-27)**

La revascularización coronaria híbrida (RCH) combina las ventajas de una anastomosis de la arteria mamaria interna izquierda a la arteria descendente anterior (a través de una minitoracotomía, sin necesidad de esternotomía media) y del intervencionismo coronario percutáneo (ICP) para el resto de las lesiones (en territorio de arteria circunfleja y coronaria derecha). Hasta la fecha se han publicado varios estudios comparativos entre la RCH y la cirugía de revascularización aortocoronaria completa (CABG), en pacientes con enfermedad coronaria multivaso, con resultados contradictorios. El objetivo del estudio fue analizar los resultados a corto y largo plazo de la RCH frente a la CABG.

Para ello se diseñó un meta-análisis cuyo objetivo primario de evaluación fue la mortalidad a corto plazo. Como objetivos secundarios se analizaron la supervivencia a medio plazo, la duración de la estancia hospitalaria, el desarrollo de ictus, insuficiencia renal y tasa de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE) a medio plazo. Del total de 1.032 artículos escrutados, se seleccionaron 16 para el metaanálisis, con un total de 3.399 pacientes incluidos (RCH=1.164; CABG=2.235). El análisis de los resultados no logró demostrar diferencias significativas en cuanto a la mortalidad a corto plazo entre ambos grupos (OR=1,50; IC95% 0,90 - 2,49; p=0,11), a pesar de una mayor tasa numérica de mortalidad en el grupo de RCH (0,73% frente a 0,64%). La duración media de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos fue significativamente inferior en aquellos sometidos a RCH (diferencia media -15,52 horas; IC95% -22,47 - -8,59; p=0,001). La estancia hospitalaria total presentó una fuerte tendencia a ser inferior en los pacientes tratados con RCH -sin alcanzar diferencias significativas- (diferencia media -3,15 días; IC95% -6,55 - 0,25; p=0,07). Asimismo, la RCH se asoció con una menor probabilidad de transfusión sanguínea (OR=0,34; IC95% 0,22 - 0,54; p<0,001). No se apreciaron diferencias significativas en la supervivencia a medio plazo (OR=0,86; IC95% 0,62 - 1,21; p=0,39) ni en la tasa de eventos adversos MACE (OR=0,82; IC95% 0,55 - 1,23; p=0,34). Tampoco hubo diferencias entre ambas técnicas en cuanto al ictus postoperatorio (OR=1,36; IC95% 0,87 - 2,13; p=0,16) o la insuficiencia renal (OR=0,71; IC95% 0,43 - 1,16; p=0,14).

Los autores concluyen que la RCH tiene una mayor incidencia de mortalidad a corto plazo en comparación con la CABG, en pacientes con enfermedad coronaria multivaso, aunque esta diferencia no resulta estadísticamente significativa. Se observaron tasas similares de supervivencia a medio plazo y de otras complicaciones postoperatorias a corto plazo entre los dos grupos. La RCH precisa una estancia más corta en la UCI y una menor necesidad de transfusión sanguínea.

Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos

La SAHTA en las Redes Sociales



PLAN CUÍDATE+  
-SAL = +SALUD

