

## Bibliografía

1. Villar HCCE, Saconato H, Valente O, Atallah AN. Thyroid hormone replacement for subclinical hypothyroidism. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, Issue 3. Art. No.: CD003419. DOI: 10.1002/14651858.CD003419.pub2.

## ***Inicio de consumo moderado de alcohol en la edad media de la vida: eventos cardiopulmonares posteriores***

*Adopting Moderate Alcohol Consumption in Middle Age: Subsequent Cardiovascular Events*

**King DE, Mainous AG 3rd, Geesey ME. Am J Med. 2008;121:201-6.**

**Objetivo:** El consumo moderado de alcohol forma parte de un estilo de vida saludable; sin embargo las actuales guías de práctica clínica se oponen a que se les recomiende a los abstemios de mediana edad iniciar el consumo de alcohol. El objetivo de este estudio fue evaluar si el inicio de un consumo moderado de alcohol en la edad media de la vida da como resultado una reducción del riesgo cardiovascular.

**Métodos:** Este estudio examinó una cohorte de adultos de edades comprendidas entre 45 y 64 años que participaron en el estudio ARIC (Riesgo de Arterioesclerosis en las Comunidades) durante un período de 10 años. El resultado primario fueron los episodios cardiovasculares mortales y no mortales.

**Resultados:** De un total de 7.697 participantes que no tenían historia de enfermedad cardiovascular y eran abstemios en el momento del reclutamiento, a lo largo de un período de seguimiento de 6 años un 6,0% inició un consumo moderado de alcohol (2 bebidas diarias o menos para los varones, una bebida diaria o menos para las mujeres), y un 0,4% inició un consumo de alcohol más elevado. Después de 4 años de seguimiento, los sujetos que habían iniciado un consumo moderado de alcohol tuvieron una probabilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular un 38% menor que la de los sujetos que habían permanecido abstemios. Esta diferencia persistió después del ajuste para los factores de riesgo demográficos y cardiovasculares (*odds ratio*: 0,62; intervalo de confianza del 95%, 0,40-0,95). No hubo diferencia en la mortalidad total entre los nuevos bebedores y los abstemios persistentes (*odds ratio*: 0,71; intervalo de confianza del 95%, 0,31-1,64).

**Conclusión:** Los sujetos que inician el consumo de alcohol en la edad media de la vida raramente lo hacen en cantidades superiores a las recomendadas. Los que comienzan un consumo alcohólico moderado experimentan un beneficio relativamente precoz con incidencias más bajas de enfermedad cardiovascular, sin cambios en la mortalidad pasados 4 años.

## COMENTARIO

*El vino es el más antiguo de los medicamentos conocidos por la humanidad, y para muchos sigue siendo el mejor. Hace ya más de 100 años que el patólogo Richard C. Cabot estableció la relación inversa entre consumo de vino y la arterioesclerosis, y en la actualidad la evidencia acumulada sobre los efectos cardioprotectores del consumo moderado de alcohol es abrumadora. Pero ningún medicamento es inocuo y obviamente tampoco lo es el alcohol. Actualmente las guías terapéuticas recomiendan que no se aconseje el consumo de alcohol a los pacientes abstemios con el objetivo de mejorar su salud cardiovascular, pero esta recomendación podría estar basada en una sobreestimación de los riesgos más que en una consideración objetiva del conjunto de la evidencia disponible.*

ARIC es un ambicioso estudio iniciado en 1987 que reclutó a casi 16.000 sujetos de 4 comunidades norteamericanas con el fin de estudiar la etiología, la epidemiología y la historia natural de la enfermedad arterioesclerótica. Hasta la fecha ha dado lugar a más de 500 publicaciones. El presente artículo publicado en el American Journal of Medicine en marzo de 2008 por un grupo liderado por el profesor Dana King, de Charleston (Carolina del Sur) aporta evidencias muy relevantes para la controversia sobre el inicio del consumo de alcohol.

Los pacientes que iniciaron un consumo de alcohol moderado redujeron en un 38% su riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, independientemente de su edad, sexo, índice de masa corporal y la presencia de hipertensión, dislipemia o diabetes mellitus. Este efecto fue considerablemente más positivo en los que consumieron solamente vino (reducción de riesgo del 68%) que en los que tomaron cerveza o licores (reducción de riesgo del 21%). Se observó un marcado incremento del colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad y no hubo aumento de la presión arterial. Sólo uno de cada 250 sujetos inició un consumo de alcohol superior al recomendado.

Un punto débil de este estudio es el tiempo limitado de seguimiento, que como consecuencia no ha alcanzado un poder estadístico suficiente para poder demostrar una reducción significativa de la mortalidad total, aunque el riesgo relativo de muerte se redujo considerablemente (29%) y no parece plausible atribuir este resultado al azar. Por el mismo motivo, tampoco pudo demostrarse una reducción significativa de la mortalidad por cáncer, aunque existe abundante evidencia de que el consumo moderado de alcohol también reduce notablemente este riesgo. Otras limitaciones del estudio son su carácter no aleatorizado y la probable presencia de múltiples variables desconocidas de confusión, aunque los resultados se han ajustado estadísticamente para una larga lista de estas posibles variables. Además, es bien conocido que la estimación del consumo de alcohol por los propios sujetos es una fuente de error sistemática. Por otra parte, hay que resaltar que, aunque se han realizado muchos estudios epidemiológicos en consumidores habituales de alcohol, existía muy poca información disponible acerca de los efectos del ini-

cio de dicho consumo sobre el riesgo cardiovascular en sujetos de mediana edad.

*Este subestudio del ARIC aporta argumentos a favor de recomendar el consumo moderado de alcohol (y muy especialmente vino) en sujetos de edad intermedia con riesgo cardiovascular elevado, puesto que este riesgo parece reducirse intensamente en un tiempo relativamente corto. Por supuesto esta recomendación no puede ser indiscriminada. Debería considerarse de forma cuidadosamente individualizada y, obviamente, nunca en sujetos con historia de alcoholismo, depresión, úlcus gastroduodenal y otras patologías susceptibles de empeorar con el consumo de alcohol.*

*Todos los fármacos tienen efectos indeseables y no por ello dejamos de utilizarlos. No podemos exigirles una seguridad absoluta, sino un cociente beneficio/riesgo adecuado. Tal vez esté llegando el momento de considerar de igual manera el consumo moderado de alcohol, aunque deseáramos disponer de estudios aleatorizados, con una estimación objetiva del consumo de alcohol y un tiempo de seguimiento más prolongado.*

**Javier Martínez**

## ***Cribado de microalbuminuria en pacientes con hipertensión: recomendaciones para la práctica clínica***

*Microalbuminuria Screening in Patients With Hypertension: Recommendations for Clinical Practice*

**Volpe M. *Int J Clin Pract.* 2008;62:97-108.**

**Introducción:** Las correlaciones entre las patologías renal y cardiovascular (CV) están bien caracterizadas en la enfermedad renal o cardíaca avanzada, pero están definidas con menos claridad en las fases incipientes. La microalbuminuria, además de ser un signo precoz de daño renal, se encuentra con frecuencia en los pacientes con hipertensión esencial, lo que sugiere que puede reflejar alteraciones vasculares incipientes.

**Evidencias en la literatura:** Los estudios publicados han mostrado que incluso valores muy bajos de microalbuminuria correlacionan fuertemente con el riesgo CV: tasas de excreción de albúmina tan bajas como 4,8 mg/min, muy por debajo del umbral de microalbuminuria definido en las actuales guías de práctica clínica, se asocian con un riesgo aumentado de enfermedad CV y cerebrovascular, independientemente de la presencia de otros factores de riesgo. La presencia de microalbuminuria es un indicador de disfunción endotelial y del desarrollo de arterioesclerosis, y predice daño de órga-

nos diana, episodios cardio o cerebrovasculares y muerte.

**Aspectos clínicos:** Disponemos de tests para el cribado de la microalbuminuria que son sensibles, fiables y accesibles. Las actuales guías de práctica clínica europeas y norteamericanas recomiendan el cribado anual en los pacientes diabéticos, y donde sea posible también en los hipertensos no diabéticos. La identificación precoz de los pacientes de alto riesgo a través de la detección de la microalbuminuria permite la instauración de un tratamiento agresivo con la finalidad de retardar la progresión de la enfermedad.

**Implicaciones terapéuticas:** Para el tratamiento de los pacientes hipertensos con microalbuminuria se recomiendan los agentes antihipertensivos bloqueadores de la angiotensina II, independientemente de la presencia de diabetes y/o nefropatía incipiente o manifiesta. El tratamiento con bloqueadores del receptor de la angiotensina II proporciona una reducción efectiva de la microalbuminuria y de la presión arterial, así como una prevención a largo plazo de los episodios CV más allá de la reducción de la presión arterial. Además, los estudios farmacoeconómicos han demostrado que estos beneficios a largo plazo resultan en una carga sustancialmente inferior para los recursos del sistema sanitario.

## **COMENTARIO**

Desde la introducción de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) en la terapia antihipertensiva hace 2 décadas, se ha generalizado el cribado de la microalbuminuria en los pacientes diabéticos y ha mejorado su tratamiento terapéutico, pero no se ha generalizado el cribado y tratamiento en los pacientes hipertensos o de alto riesgo cardiovascular no diabéticos. Un sondeo reciente demuestra que los conocimientos y actitudes sobre microalbuminuria de gran parte de la clase médica necesitan una puesta al día. La mayoría de los participantes consideró que: a) su cribado está indicado en los pacientes con diabetes (y tal vez en nefropatías específicas) pero no en otras situaciones de riesgo cardiovascular; b) que los valores de albuminuria inferiores a 20 mg/min (o 30 mg/día) son normales y no se asocian a riesgo cardiovascular aumentado, y c) que el interés fundamental del cribado es prevenir la progresión de la nefropatía, pero no los episodios cardiovasculares.

De aquí la importancia del excelente artículo publicado por el profesor Massimo Volpe de la Universidad de Roma en el número de enero de 2008 de *International Journal of Clinical Practice*. Se trata de una revisión sucinta y amena (pero no exhaustiva) de las principales evidencias disponibles sobre las conexiones entre microalbuminuria, hipertensión y enfermedad cardiovascular, con énfasis en los aspectos prácticos diagnósticos (uso de la microalbuminuria como un marcador sensible y precoz del daño vascular) y terapéuticos (revisión de la evidencia disponible para la óptima selección del tratamiento). Aporta datos muy sólidos a favor de la generalización del cribado y tratamiento de la microalbuminuria en pacientes no dia-