

Un estudio sugiere que no es necesario hacer analíticas en estado de ayunas para determinar los lípidos en sangre

Archives of Internal Medicine 2012

Un estudio de corte transversal publicado en los Archives of Internal Medicine pone encima de la mesa la controversia de la necesidad o no de medir los lípidos plasmáticos en ayunas, como recomiendan las diferentes guías actuales.

Investigadores en Canadá utilizaron datos de laboratorio procedentes de medidas de lípidos plasmáticos de acuerdo al tiempo de extracción y la última comida realizada por los sujetos (rango, de 1 a 16 horas). Cerca de 210000 sujetos se incluyeron en el estudio. En general, los niveles de colesterol total y de colesterol HDL variaron poco, menos del 2%, en los diferentes intervalos de tiempo de ayunas. Los niveles de colesterol LDL y triglicéridos variaron mucho más, un 10% y un 20%, respectivamente.

Los editoriales concluyeron: el hecho de realizar la analítica para medir los niveles de colesterol total y HDL varía poco si se hace o no en ayunas, lo que disminuiría las dificultades logísticas de los laboratorios, de los pacientes y sería de ayuda a la hora de aconsejar a nuestros pacientes. Esto en opinión de los editoriales, inclina la balanza hacia realizar la determinación postprandial del perfil lipídico como medición de preferencia.

La medida automatizada de la presión arterial es más segura en la consulta

Am Fam Physician 2012

¿La medida automatizada de la presión arterial sistólica es más predictiva de la medida de la presión arterial en casa que la medición manual?

El uso de un aparato de TA automático, con el paciente solo en una consulta, proporciona lecturas más cercanas a las reales obtenidas de forma ambulatoria y elimina la HTA de bata blanca que ocurre cuando los médicos tomamos la presión arterial a los pacientes (Nivel de evidencia: 1b).

Referencia: Myers MG, Godwin M, Dawes M, et al. Conventional versus automated measurement of blood pressure in primary care patients with systolic hypertension: randomised parallel design controlled trial. *BMJ* 2011;342:d286.

Diseño del estudio: ensayo aleatorizado y controlado (no ciego), ambulatorio (AP)

Resumen: la medida de la TA, si se realiza de forma correcta, lleva unos 14 minutos. Como consecuencia de ello las medidas de la TA en la consulta son a menudo ligeramente elevadas y no representan la TA real de los pacientes. Unos investigadores canadienses dirigieron un estudio en el que reclutaron a 555 pacientes de 67 médico de familia. Los médicos, no los pacientes, fueron aleatorizados a un grupo que usaba un aparato de medición de la TA automático o típico, a un grupo con medición manual de la TA para pacientes con HTA sistólica previa estuvieran o no tratados. Los médicos del grupo de medición manual de la TA no fueron entrenados en la técnica. Los resultados de ambos grupos fueron comparados con un MAPA de 24 h solo en la fase de actividad. Las medidas con el aparato de TA automatizado fueron más cercanas a los valores obtenidos en la medida de TA ambulatoria para la TA sistólica pero no para la diastólica, sobreestimando la TA una media de 2.3 mmHg en comparación con 6.5 mmHg para la medición manual (p=0.006). Las diferencias en la medida de la TAD fueron similares en ambos grupos. En parte estos resultados son debidos al médico; la media de lecturas de TA cayeron de forma significativa con la medición automatizada después de que el médico abandonara la consulta.

Bajas dosis de aspirina no previenen la recurrencia de ETEV pero reducen los eventos vasculares

New England Journal of Medicine 2012

El mantenimiento de una terapia con aspirina tras un tromboembolismo venoso, aunque no es mejor que placebo en prevenir la recurrencia, reduce los riesgos de eventos cardiovasculares mayores de acuerdo a un estudio presentado en el meeting de la AHA y publicado recientemente en New England Journal of Medicine.

Los investigadores aleatorizaron a 800 pacientes con un primer episodio de ETEV no provocada a 100 mg al día de aspirina o a placebo. Todos los sujetos habían completado la terapia con anticoagulantes previamente. Durante una mediana de seguimiento de cerca de 3 años, la recurrencia de ETEV (objetivo primario) no fue diferente de forma significativa entre ambos grupos. Sin embargo, el objetivo compuesto que incluía ETEV, IM, ictus, sangrado mayor y muerte (objetivos secundarios) se redujeron la tercera parte en el grupo de aspirina.

Allan S. Brett escribe en Journal Watch General Medicine: "Tras acabar la anticoagulación, los pacientes con ETEV no provocada están en riesgo alto de recurrencia. El continuar de forma indefinida con la anticoagulación reduce este riesgo de forma sustancial pero confiere a su vez un considerable riesgo de sangrado. La aspirina se ofrece como una opción razonable para tales pacientes".

Las estatinas como fármacos contra el cáncer

Sune F. Etal. N Engl J Med 2012; 367:1792-180

En un estudio observacional con limitaciones, el uso de estatinas en los pacientes con cáncer se asocia con un menor mortalidad.

En algunos estudios de ciencia básica, las estatinas inhiben el crecimiento del cáncer a través de diversas vías. Estas observaciones plantean la siguiente pregunta: ¿Podrían las estatinas reducir la mortalidad por cáncer? Investigadores daneses utilizan bases de datos nacionales para hacer frente a esta cuestión.

Entre los cerca de 300.000 personas que recibieron diagnósticos de cáncer entre 1995 y 2007, el 6% había usado estatinas regularmente antes y después de su diagnóstico. Durante un seguimiento medio de 3 años (pero hasta 15 años en algunos casos), dos tercios de los pacientes murieron. En los análisis ajustados por diversas variables de confusión, el uso de estatinas se asoció con una reducción significativa del 15% por todas las causas y mortalidad por cáncer. La reducción de mortalidad se observó en la mayoría de tipos de cáncer (aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística para cada tipo).

Comentario: Este estudio observacional sugiere que las estatinas podrían influir favorablemente el crecimiento del tumor en pacientes con cáncer. En contraste, un reciente meta-análisis de ensayos aleatorios mostraron que las estatinas no aumenta o disminuye la incidencia de cáncer (PLoS One 2012; 7: e29849). Un editorialista señala que el presente análisis no pudo ser controlado por varios factores de confusión potencialmente importantes y recomienda cautela en la interpretación de los hallazgos. Hasta que estos resultados son confirmados o refutados por otras investigaciones, los médicos tendrán que decidir si se debe aplicar a pacientes con cáncer, por lo menos, uno podría argumentar que los pacientes que ya están tomando estatinas (y son tolerados) en el momento del diagnóstico de cáncer, deben continuar.

El consumo de pescado está asociado con un menor riesgo de accidente cerebrovascular

Rajiv Chowdhury, research associat, Department of Public Health and Primary Care, University of Cambridge, UKBMJ 2012; 345

Sin embargo, la suplementación con ácidos grasos de cadena larga omega-3 no lo era.

El consumo de pescado y la ingesta de ácidos grasos de cadena larga omega-3, están asociados con un menor riesgo de enfermedad coronaria. En una revisión sistemática y meta-análisis, los investigadores evaluaron si tal asociación existe también para la enfermedad cerebrovascular (definido como el accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico o ataque isquémico transitorio).

En 21 estudios prospectivos de cohortes que incluían 675.000 participantes, los investigadores evaluaron el consumo de pescado y riesgo cerebrovascular. En comparación con el consumo semanal de ≤ 1 porciones de pescado, el consumo de 2 a 4 porciones se asoció con un riesgo inferior al 6% para la enfermedad cerebrovascular y consumo de ≥ 5 porciones se asoció con un riesgo 12% menor, con diferencias estadísticamente significativas. En contraste, el análisis de 14 estudios prospectivos de cohorte que incluyó 305.000 participantes, no reveló ninguna asociación entre la ingesta dietética de ácidos grasos omega-3 de cadena larga y el riesgo cerebrovascular. Del mismo modo, el análisis de 12 ensayos aleatorios que incluyeron 62.000 participantes mostraron que la suplementación con ácidos grasos omega-3 (típicamente unidades de aceite en una ingesta media diaria de 1,8 g; promedio de seguimiento, 3 años) no se asoció con un menor riesgo cerebrovascular.

Comentario: En este suplemento de análisis general, el consumo de pescado, pero no con ácidos grasos de cadena larga omega-3, se asoció con un menor riesgo cerebrovascular. Los autores especulan que los beneficios del consumo de pescado probablemente están mediados por una interacción compleja entre una amplia gama de nutrientes que se encuentran comúnmente en el pescado. Sin embargo, dado el diseño observacional de los estudios sobre el consumo de pescado, es posible la existencia de confusión residual (por ejemplo, un mayor consumo de pescado podría estar asociado a otros comportamientos saludables, como consumir menos carne roja).

Los nuevos anticoagulantes orales son tan eficaces como antagonistas de la vitamina K en pacientes con tromboembolismo venoso agudo

Benjamin D Fox, et al. Center for Pulmonary Vascular Disease and Division of Cardiology, Lady Davis Institute, Jewish General Hospital, McGill University, Montreal, QC, Canada H3T 1E2. BMJ 2012; 345

Pero, hasta ahora, sólo rivaroxaban es aprobado por la FDA para esta indicación.

Los nuevos anticoagulantes orales son prometedoras alternativas a antagonistas de la vitamina K, para el tratamiento de pacientes con tromboembolismo venoso agudo (TEV). En un meta-análisis de nueve ensayos aleatorizados y controlados que involucraron a más de 16.000 pacientes, los investigadores compararon la eficacia de los nuevos anticoagulantes orales (inhibidores del factor Xa, rivaroxaban [Xarelto] y apixaban [Eliquis], y los inhibidores directos de la trombina, dabigatran [Pradaxa] y ximelagatrán) y convencionales orales antagonistas de la vitamina K (por ejemplo, warfarina). Los antagonistas de la vitamina K siempre fueron precedidos por tratamiento con heparina inicial, mientras que el tratamiento previo con heparina fue variable antes de que los nuevos agentes.

Para TEV recurrente aguda y mortalidad por cualquier causa, no se encontraron diferencias significativas entre ninguno de los anticoagulantes convencionales o nuevos antagonistas de la vitamina K. Rivaroxaban se asoció con un riesgo significativamente menor de hemorragia grave (riesgo relativo, 0,57).

Comentario: Los nuevos anticoagulantes orales fueron tan eficaces como antagonistas de la vitamina K convencionales para la prevención de tromboembolismo venoso recurrente aguda y la mortalidad por todas las causas, y rivaroxaban se asoció con un menor riesgo de sangrado mayor. A diferencia de antagonistas de la vitamina K, los nuevos anticoagulantes orales no requieren monitorización de laboratorio. Cabe destacar que sólo rivaroxaban y dabigatrán disponibles en los EE.UU., y sólo rivaroxaban está aprobado para el tratamiento de pacientes con TEV. La FDA actualmente está revisando apixaban (pero sólo para la indicación de fibrilación auricular), y optaron por no aprobar ximelagatrán en 2004 debido a la hepatotoxicidad reportado.



Zona de Descarga

Descárguese los certificados a través de su zona personal con el usuario y contraseña obtenidos al realizar su inscripción:....

[Descargar Certificados](#)

