

Resultados del estudio PREVENCAT

Pobres resultados en el control de los factores de riesgo cardiovascular en atención primaria, pese a una medicalización relativamente intensa.

El estudio PREVENCAT (PREVención de la ENfermedad Cardiovascular y Actuación Terapéutica actual) es un estudio transversal de ámbito estatal, realizado entre finales de 2002 y principios de 2003, que se diseñó para analizar el control de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y su tratamiento en la población asistida en atención primaria (AP) que presenta hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) o hipercolesterolemia. En este artículo –segunda entrega de resultados del estudio PREVENCAT– se analizan los factores que influyen en el grado de control de cada uno de los FRCV y en la interacción de éstos; es decir, si la coexistencia de otras comorbilidades afecta al grado de control de los FRCV. De los resultados se desprende que la actividad terapéutica dirigida al control de los FRCV en AP está fuertemente medicalizada. A pesar de lo cual, el control de los factores de riesgo no es óptimo –como ya se ha observado en otros estudios– sobre todo en el control de la HTA, cuando se asocia con otros factores de riesgo, fundamentalmente la DM2. González-Santos, de la Universidad de Málaga, remarca en su editorial que, según los resultados del estudio PREVENCAT, aún queda un espacio por recorrer en la aplicación de las recomendaciones de las guías clínicas, particularmente en los pacientes de riesgo alto.

Pág. 201 y 214

Bloqueadores beta: también en ancianos con insuficiencia cardíaca

Los pacientes mayores de 75 años con insuficiencia cardíaca que pueden recibir tratamiento con bloqueadores beta tienen una menor mortalidad al año y a los 2 años.

Los bloqueadores beta (BB) han demostrado mejorar la supervivencia en la insuficiencia cardíaca (IC). No obstante, las características clínicas de algunos pacientes dificulta la instauración de estos fármacos y motiva que su aplicación sea menor que la recomendada por las guías de práctica clínica. Los pacientes mayores son un grupo en el que parece especialmente difícil la introducción de estos medicamentos. En el estudio de Urrutia et al se examina la asistencia practicada a pacientes de más de 75 años con IC en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona), y en especial se analizan diferentes aspectos del tratamiento con BB. Según esta serie, el 44% de los pacientes ancianos con IC de diversa etiología se trata con BB. Los pacientes que recibieron tratamiento con BB, comparados con los que no tomaban BB, estaban en mejor clase funcional de la New York Heart Association, tenían menor prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y presentaban un situación funcional global mejor. La tolerancia al tratamiento fue buena y las razones por las que no se les indicó BB fueron: estenosis aórtica grave, insuficiencia mitral grave, asma, vasculopatía periférica y fragilidad.

Pág. 206

Los criterios de Light a examen

Los criterios de Light para la identificación de exudados pleurales siguen siendo válidos, si bien hay otras alternativas con resultados también aceptables.

Numerosos estudios han demostrado la excelente sensibilidad de los criterios de Light para identificar exudados pleurales. Sin embargo, la alta especificidad descrita inicialmente no se ha confirmado con posterioridad. Porcel et al, del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, determinan en una serie de 1.490 derrames pleurales los criterios bioquímicos que mejor discriminan exudado de trasudado, incluyendo los criterios de Light clásicos y abreviados, así como aquellas combinaciones que conllevan exclusión de parámetros séricos. En este estudio la sensibilidad y la especificidad de los criterios de Light fueron del 97,5 y el 80%, respectivamente. Para los autores los criterios de Light siguen siendo válidos en la actualidad; no obstante, la discriminación entre exudado y trasudado pleural se puede alcanzar con igual certeza mediante los criterios de Light abreviados o a través de la combinación de las proteínas y la lactatodeshidrogenasa (LDH) del líquido pleural. Estas dos alternativas tienen interés para aquellas situaciones en las que no se dispone del valor de la LDH sérica o de la concentración de proteínas plasmáticas.

Pág. 211

Valoración de la fibrosis hepática mediante Fibrosan®

Las aplicaciones de la técnica del Fibrosan® están aún por desvelar completamente, pero el futuro parece muy prometedor, tanto en la práctica clínica diaria como en su aplicación en la investigación.

En la actualidad, la biopsia hepática continúa siendo la técnica diagnóstica de elección para evaluar la fibrosis hepática. Sin embargo, es una técnica costosa, invasiva y no siempre exenta de complicaciones. Entre los métodos alternativos de cuantificación de fibrosis las técnicas basadas en la elastografía de transición (Fibrosan®)(FS) ofrecen resultados muy prometedores. En este artículo especial, Mendoza et al revisan, mediante una búsqueda bibliográfica en internet, la utilidad de la FS en pacientes con hepatopatía crónica por virus de la hepatitis C. Del análisis efectuado los autores concluyen que la FS es una técnica rápida, segura y exenta de efectos secundarios. Es, además, bien tolerada y aceptada por los pacientes y permite valorar un mayor volumen hepático que la biopsia y, por tanto, es más representativa del índice de fibrosis hepática. Es más, en algunos estudios se apunta que la discordancia entre ambas técnicas puede deberse a errores en la valoración de la muestra obtenida por biopsia.

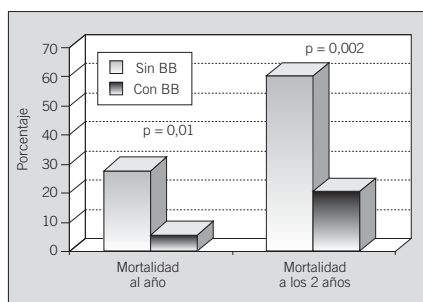
Pág. 220

Gastroprotección y tratamiento con ácido acetilsalicílico a dosis bajas

¿Está indicado administrar gastroprotectores a los pacientes tratados con ácido acetilsalicílico?

En los últimos años, el número de pacientes que toman ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis bajas ha aumentado considerablemente. El tratamiento con AAS a dosis bajas incrementa de 2-3 veces el riesgo de complicaciones gastrointestinales. No obstante, la información disponible sobre los factores independientes que aumentan el riesgo de complicaciones gastrointestinales en los tratados con dosis bajas de AAS es limitada. El antecedente de hemorragia y de úlcera gastrointestinales y el tratamiento concomitante con antiinflamatorios no esteroideos se han identificado como factores de riesgo. A partir de las pruebas disponibles se puede recomendar erradicar la infección por *Helicobacter pylori* en los pacientes que presentan úlcera o hemorragia gastrointestinales con dosis bajas de AAS, aunque la erradicación no evita que deba añadirse un inhibidor de la bomba de protones, si se reintroduce el tratamiento con AAS. En cambio, aunque la información es limitada, la detección y la erradicación de la infección por *H. pylori* en todos los pacientes tratados con dosis bajas de AAS no es recomendable.

Pág. 232



Mortalidad al año (82 pacientes) y a los 2 años (64 pacientes) según tomaran o no bloqueadores beta (BB).