

## ANTICOAGULANTES

### Los anticoagulantes orales de acción directa son una opción terapéutica viable para la tromboembolia venosa

Puesto que no requieren monitorización sanguínea ni ajustes de dosis frecuentes, los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) como el dabigatran, apixaban o rivaroxaban ofrecen ventajas sobre la warfarina en el abordaje de los pacientes con tromboembolia venosa (TEV) que requieren terapia anticoagulante. Sin embargo, existen pocos estudios que evalúen la seguridad relativa de los ACOD en el tratamiento de la TEV. Con el uso de datos de seis jurisdicciones de Estados Unidos y Canadá, los investigadores llevaron a cabo un estudio de cohortes pareada con más de 59.500 adultos con nuevo diagnóstico de TVE y prescripción de warfarina o ACOD dentro de los 30 primeros días a partir del diagnóstico. Las variables de resultado incluyeron el ingreso hospitalario, la visita a urgencias por hemorragia intensa y la mortalidad por cualquier causa a los 90 días de inicio del tratamiento.

Los resultados indicaron que el riesgo de hemorragia y la mortalidad por cualquier causa fueron similares en ambos grupos, ACOD y warfarina. Los autores afirman: “nuestros resultados sugieren que los ACOD deben considerarse como opción de tratamiento para los pacientes con TEV candidatos a anticoagulación”.

Fuente: Jun M, Lix LM, Durand M, et al. Comparative safety of direct oral anticoagulants and warfarin in venous thromboembolism: multicentre, population based, observational study. *BMJ*. 2017;359:j4323.

## ESTRÓGENOS VAGINALES

### Un estudio apoya la seguridad de los supositorios y pomadas

Un estudio con una muestra de 45.600 mujeres posmenopáusicas ha demostrado que el uso de supositorios o pomadas vaginales de estrógenos es seguro para estas pacientes.

Según los datos del Women's Health Initiative Observational Study, se efectuó un análisis de cohortes prospectivas para determinar la asociación entre el uso de estrógenos vaginales y el índice de riesgo de evento global,

## MIGRAÑA

### Los opioides no deberían emplearse como tratamiento inicial en urgencias

En un estudio llevado a cabo en dos servicios de urgencias de Nueva York, los investigadores compararon los resultados de los pacientes con migraña tratados con hidromorfona intravenosa (1 mg) con los que recibieron proclorperazina (10 mg) más difenhidramina (25 mg). La hidromorfona es un analgésico opioide; la proclorperazina es una propilpiperazina derivada de la fenotiazina. Al igual que otras fenotiazinas, ejerce su efecto antiemético mediante la acción depresora de la zona de activación de los quimiorreceptores cerebrales. También se emplea en la práctica clínica por su acción antipsicótica. La difenhidramina, un antagonista de los receptores H<sub>1</sub> de la histamina, se administra con proclorperazina para prevenir la acatisia, un efecto adverso frecuente del tratamiento con proclorperazina.

La variable de resultado principal del estudio fue el control de la cefalea prolongada, definida como un nivel de leve a nulo de dolor después de las 2 horas de tratamiento, con mantenimiento durante 48 horas sin necesidad de medicación de rescate. En el grupo proclorperazina, el 60% de los pacientes consiguieron el resultado principal, comparado con un 31% de pacientes en el grupo de hidromorfona. Basándose en estos resultados significativos, el comité de control de datos dio el estudio por terminado después de haber incluido a 127 pacientes. Los autores del ensayo concluyeron que la hidromorfona por vía intravenosa es sustancialmente menos efectiva que la proclorperazina para el tratamiento de la migraña aguda en urgencias y no debería usarse como fármaco de primera línea.

Fuente: Friedman BW, Irizarry E, Solorzano C, et al. Randomized study of IV prochlorperazine plus diphenhydramine vs IV hydromorphone for migraine. *Neurology*. [e-pub Oct. 18, 2017.] Prochlorperazine Edisylate Injection, USP. Label. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2010/089903s0181bl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/089903s0181bl.pdf)

definido como el desarrollo de enfermedad coronaria, cáncer de mama invasivo, ictus, embolia pulmonar, fractura de cadera, cáncer colorrectal y muerte por cualquier causa. El uso de estrógenos vaginales fue referido por las propias mujeres, ninguna de las cuales recibía tratamiento sistémico con estrógenos durante un periodo de seguimiento medio de 7,2 años.

No se halló ninguna asociación entre el uso de estrógenos vaginales y el índice de riesgo de evento global.

Actualmente, la Food and Drug Administration requiere que todos los medicamentos con estrógenos, incluyendo los productos tópicos, sean etiquetados con una alerta de aumento del riesgo de eventos cardiovasculares, determinados cánceres y otros eventos adversos graves. Según la autora principal Carolyn J. Crandall, MD, MS, estos hallazgos deberían contribuir a dar confianza a los profesionales y a los pacientes sobre el uso seguro de los estrógenos vaginales, aunque advierte que deben realizarse más estudios para establecer la posible relación entre el uso de este medicamento y el desarrollo de cáncer cervical.

El estudio fue financiado por los National Institutes of Health y presentado en el encuentro anual de la North American Menopause Society.

Fuente: Crandall CJ, Hovey K, Andrews C, et al. Breast cancer, endometrial cancer, and cardiovascular events in participants who used vaginal estrogen in the WHI observational study. *North American Menopause Society. Abstract presentation*. October 12, 2017. Monaco K. No risk for CVD, Ca with vaginal estrogen use. *MedPage Today*. October 13, 2017.

## SÍNDROME POSTROMBÓTICO

### La retirada del trombo no reduce el riesgo

A pesar de la medicación anticoagulante, muchos pacientes con trombosis venosa profunda proximal (TVPP) desarrollan síndrome postrombótico. Hipotéticamente, la retirada inmediata del trombo, mediante trombólisis farmacomecánica por catéter (trombólisis farmacomecánica), reduce el riesgo de síndrome postrombótico, pero ¿funciona realmente esta estrategia? Para verificar esta hipótesis, los investigadores asignaron aleatoriamente a 692 pacientes con TVPP a recibir solo terapia anticoagulante (grupo control) o anticoagulantes y trombólisis farmacomecánica.

La variable de resultado principal fue el desarrollo de síndrome postrombótico entre los 6 y los 24 meses de seguimiento. Durante el periodo de seguimiento, los investigadores no hallaron diferencias en el porcentaje de pacientes con síndrome postrombótico de los dos grupos de estudio.

Los autores concluyen que “añadir la trombólisis farmacomecánica por catéter al tratamiento anticoagulante no reduce el riesgo de síndrome postrombótico y sí aumenta el riesgo de hemorragia”. ■

Fuente: Vedantham S, Goldhaber SZ, Julian JA, et al. Pharmacomechanical catheter-directed thrombolysis for deep-vein thrombosis. *N Engl J Med*. 2017; 377:2240-2252.