

DANIEL CARLOS BUENROSTRO

LME3129

HOSPITAL CIVIL NUEVO JUAN I. MENCHACA

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

DR. JORGE SAHAGUN

ACTIVIDAD 1

27/04/14



ANALISIS DEL ARTICULO TABLA 2.1

Se reclutaron 18,624 pacientes de 862 centros en 43 países, desde octubre de 2005 hasta julio de 2008. Los sujetos debían de ser hospitalizados debido a un síndrome coronario agudo en un inicio de 24 hrs y debían de presentar 2 de los 3 criterios siguientes: cambios en el segmento ST en el electrocardiograma indicativo de isquemia, un resultado positivo a un indicador de necrosis bioquímico y un factor de riesgo por ejemplo infarto previo. Los dos grupos de tratamiento estaban bien equilibrados con respecto a todas sus características iniciales, medicaciones e intervenciones distintas de las del estudio (TABLA 2). Ambos grupos iniciaron el tratamiento con la medicación del estudio en una median de 11.3 horas tras el inicio del dolor torácico. En el grupo de clopidogrel, teniendo en cuenta tanto el tratamiento sin enmascarar como el aleatorizado, el 79.1% de los pacientes recibieron al menos 300mg de clopidogrel, y el 19.6% al menos con 600mg de clopidogrel, entre el momento del episodio índice y 24 horas después de la aleatorización. La interrupción prematura de la medicación del estudio fue ligeramente más habitual en el grupo de ticagrelor que en el de clopidogrel (23,4% de los pacientes, frente al 21.5%) la tasa total de cumplimiento del tratamiento con la medicación del estudio, valorada por los investigadores de cada centro fue de 82,8% y la mediana de duración de la exposición a los fármacos del estudio fue de 227 días.

El beneficio de ticagrelor parecía estar atenuado en pacientes con un peso inferior a la mediana de su sexo (p= 0.04 para la interacción), los que en el momento de la aleatorización no estaban tomando fármacos hipolipemiantes (p= 0.04 para la interacción) y los reclutados en Norteamérica (p= 0.045 para la interacción)

El estudio PLATO demuestra que, comparado con clopidogrel, el tratamiento con ticagrelor en pacientes con síndromes coronarios agudos redujo la tasa de muerte por causas vasculares, infarto de miocardio o ictus. Se observó un beneficio similar en los componentes individuales de muerte por causas vasculares e infarto de miocardio, pero no de ictus. Los beneficios de ticagrelor se consiguieron sin un incremento significativo de la tasa de hemorragias graves y con menos presentación de disnea. En conclusión, en pacientes con síndrome coronaría agudo con o sin elevación del segmento ST, comparado con el tratamiento con cIopidogrel, el tratamiento con ticagrelor redujo significativamente la tasa de muertes por causas vasculares, infarto de miocardio o ictus, sin incrementar la tasa total de hemorragias graves, aunque con un incremento de las hemorragias no relacionadas con la intervención

**RESPUESTAS PARA EL ANALISIS DEL ARTÍCULO**

1-Si, el objetivo fue comparar la efectividad del Ticagrelor vs. clopidogrel en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo que se presentara en 24 horas con 2 de los 3 criterios siguientes: cambios en el segmento ST en el electrocardiograma indicativo de isquemia, un resultado positivo a un indicador de necrosis bioquímico y un factor de riesgo por ejemplo infarto previo.

2.- 9.7%

3. -No, solamente mencionaba que no decidían continuar.

4.- posiblemente se produjo un sesgo de no respuesta

5.- Así es, de hecho en el artículo se presenta una tabla donde se menciona todos los fármacos que se utilizaron en el estudio y el número de pacientes que recibieron cada uno y se media el valor de p

6.- Diseño factorial fue el tipo utilizado

7. Si, ya que para incluirse en el estudio todos debían cumplir con los criterios de inclusión que son los siguientes:

1.-Hospitalización a causa de síndrome coronario agudo, con o sin elevación del segmento ST,

2.--Con un inicio de los síntomas 24 horas anteriores

--Cumplir dos de los tres criterios siguientes : cambios del segmento ST en el electrocardiograma indicativos de isquemia un resultado positivo de un biomarcador indicativo de necrosis de miocardio; o un factor de riesgo (edad más de 60 años, infarto de miocardio o bypass previos; enfermedad arterial coronaria con estenosis carotidea de al menos 50% o revascularización cerebral; diabetes mellitus, enfermedad arterial periférica, o disfunción renal crónica definida como un aclaramiento de creatinina inferior a 60 ml por minuto por 1,73 m2 de superficie corporal).

-En los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, se habían de cumplir los dos criterios de inclusión siguientes: elevación persistente del segmento ST de por lo menos 0.1 mV en al menos dos derivaciones contiguas o un bloqueo de rama izquierda nuevo, y la intención de hacer una ICP primaria.

8. Aleatorizado Doble ciego

9. Así es, ya que después de 12 meses de comparación tanto de la eficacia, como de los efectos adversos se demostró que el Ticagrelor redujo la taza de muerte y que para llegar a sus efectos beneficiosos no hubo un incremento en la taza de hemorragias

10. No se evaluó la manera en la que tomaron el medicamento o si tenían algún método para hacerlo

11. No, lo único que se buscara era prevenir EVC

12. Si, se les dio seguimiento durante 12 meses

13. Si, principalmente por presentar efectos adversos que los obligaban a excluirlos del estudio

14. No, al inicio cumplieron con los criterios de inclusión pero después de recibir el tratamiento desarrollaron efectos adversos que les impidió seguir

15. Por número si (95%), sin embargo el estudio sufrió muchos bajos por muerte, presentar efectos adversos, dejaban el tratamiento y eso durante los primeros 9 meses

**La tabla 2x2 no se puede realizar por datos insuficientes por lo cual no se pone en este ejercio.**

**(si se pudiera realizar por favor explicar cómo ☺ )**