

Los 10 principales

Xosé Luis López Álvarez
Centro de Saúde Mariñamansa. Ourense

María Xosé Modroño Freire
Centro de Saúde Mariñamansa. Ourense

Cad. Aten. Primaria
Año 2006
Volumen 13
Pág. 29-36

Presentamos dez artigos de moito interese en medicina de familia no ano 2005.

Con esta publicación queremos iniciar unha sección de comentarios periódicos sobre temas do moito interese publicados en revistas de impacto.

¿HASTA DÓNDE HAY QUE DESCENDER LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA INSUFICIENCIA RENAL?

Mark J. Sarnak, MD; Tom Greene, PhD; Xuelei Wang, MS; Gerald Beck, PhD; John W. Kusek, PhD; Allan J. Collins, MD; and Andrew S. Levey, MD. *The Effect of a Lower Target Blood Pressure on the Progression of Kidney Disease: Long-Term Follow-up of the Modification of Diet in Renal Disease Study. Ann Intern Med. 2005;142:342-351.*

Diseño: Estudio aleatorio y controlado a doble ciego.

Distribución: Oculta.

Periodo de seguimiento: 10 años

Ámbito: Estudio multicéntrico.

Pacientes: 840 adultos con enfermedad renal no diabética, de edades de 18-70 años con moderada a severa disminución de la filtración glomerular, creatinina de 1,4-7 mg/dl (varones) y de 1.2-7 mg/dl (mujeres) y con índices de filtración glomerular de 13-55 ml/minuto y proteinuria de 0.35 g/dl.

Intervención: Descenso de la presión arterial media a menos de 107 mm Hg (140/90) versus menos de 92 mm Hg (125/75).

Variables de resultado: Progresión de la enfermedad renal (diálisis o transplante renal).

Objetivo compuesto: fallo renal más todas las causas de mortalidad a 31 de diciembre de 2000 (fecha de inicio 1989).

Resultados: El fallo renal definido como inicio de diálisis o transplante renal presentó una disminución de la tasa de riesgo de 0,68 (95% IC: 0.57-0.82, $p < 0.001$) y 0.77 (IC: 0.65-0.91; $p = 0.0024$) para el objetivo compuesto definido como fallo renal más todas las causas de mortalidad.

Conclusión: Es beneficio el descenso de la presión arterial, más de lo habitual, para la insuficiencia renal y todas las causas de mortalidad.

Enfermedades renales como la enfermedad glomerular y el riñón poliquístico obtienen mayores beneficios por descensos de la presión arterial.

En los primeros meses puede empeorar la función renal debido a la disminución de la presión de perfusión.

Comentario: La insuficiencia renal oculta es un problema en la consulta del médico de familia, debido a su gran prevalencia.

La mayor parte de las conferencias de consenso recomiendan el descenso de la presión arterial a menos de 130/80 mm de Hg, y mayores descensos si además existe proteinuria mayor de 1 gramo, pero estas recomendaciones se basan en estudios observacionales.

Un ensayo clínico a 4 años no encontró mayores beneficios por descensos de la presión arterial, en pacientes con nefroesclerosis hipertensiva.

No obstante el estudio aquí presentado, que demuestra beneficios de descenso de la presión arterial a menos de 125/70 mm. Hg, tiene limitaciones que fundamentalmente derivan de que a largo plazo, por encima de los 3 años, no se hizo un seguimiento exhaus-

tivo de la presión arterial y también, que el grupo en el que se descendió más la presión arterial, se emplearon más IECAs (51% versus 32%) que pudieron mejorar algún resultado derivado de sus efectos beneficiosos más allá del descenso de la presión arterial de los IECAs.

Bibliografía:

- The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003; 289:2560-72.
- K/DOQI clinical practice guidelines on hypertension and antihypertensive agents in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis*. 2004;43: S1-290.
- Wright JT Jr, Bakris G, Greene T, Agodoa LY, Appel LJ, Charleston J, et al. Effect of blood pressure lowering and antihypertensive drug class on progression of hypertensive kidney disease: results from the AASK trial. *JAMA*. 2002;288:2421-31
- Klahr S, Levey AS, Beck GJ, Caggiula AW, Hunsicker L, Kusek JW, et al. The effects of dietary protein restriction and blood-pressure control on the progression of chronic renal disease. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *N Engl J Med*. 1994;330:877-84.
- Klahr S, Levey AS, Beck GJ, Caggiula AW, Hunsicker L, Kusek JW, et al. The effects of dietary protein restriction and blood-pressure control on the progression of chronic renal disease. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *N Engl J Med*. 1994;330:877-84.

¿SE PUEDE PREVENIR LA APARICIÓN DE MICROALBUMINURIA EN LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2?

Ruggenti, Piero; Fassi, Anna; Ilieva, Anelja Parvanova; Bruno, Simona; Iliev, Ilian Petrov; Brusegan, Varusca; Rubis, Nadia; Gherardi, Giulia; Arnoldi, Federica; Ganeva, Maria; Ene-Iordache, Bogdan; Gaspari, Flavio; Perna, Annalisa; Bossi, Antonio; Trevisan, Roberto; Dodesini, Alessandro R.; Remuzzi, Giuseppe. Preventing Microalbuminuria in Type 2. Diabetes N Engl J Med 2004;351: 1941-51.

Diseño: Ensayo clínico multicéntrico, doble ciego, aleatorio.

Periodo de seguimiento: 3 años.

Pacientes: 1204 sujetos hipertensos de al menos 40 años de edad con antecedentes de diabetes tipo 2 de un máximo de 25 años de evolución, con una tasa de excreción urinaria de albúmina menor de 20 µg por minuto en al menos dos de tres muestras estériles consecutivas de orina nocturna y una concentración de creatinina sérica no superior a 1,5 mg/dl.

Intervención: Los sujetos se asignaron aleatoriamente para recibir como mínimo tres años de tratamiento con trandolapril (a una dosis de 2 mg al día) más verapamilo (forma farmacéutica de liberación sostenida, 180 mg/día); trandolapril sólo (2mg/día); verapamilo

sólo (forma farmacéutica de liberación sostenida, 240 mg/día) o placebo. El objetivo de presión arterial fue de 120/80, para lo cual se permitieron otros hipotensores a mayores, según un protocolo pre-establecido. No se autorizó el uso de diuréticos ahorradores de potasio, de inhibidores del sistema renina-angiotensina ni de bloqueadores de los canales del calcio no dihidropiridínicos distintos al del estudio. No se establecieron restricciones en cuanto al consumo de sal o de proteínas en la dieta

Variables resultado: Se valoró el desarrollo de microalbuminuria persistente (excreción nocturna de albúmina \geq 20 µg/min en dos visitas consecutivas).

Principales resultados: Apareció microalbuminuria persistente en 17 de 300 sujetos que recibían Trandolapril más verapamilo (5,7%) en 18 de los 301 del grupo con trandolapril (6%) en 30 de los 300 sujetos que recibían el placebo (10,0%) y en 36 de los 303 individuos del grupo con verapamilo (11,9%).

A lo largo del estudio no se constataron diferencias importantes en la glucemia ni en los perfiles lipídicos entre los distintos grupos de tratamiento. En todos los grupos la tasa de filtración glomerular fue similar y no se modificó de forma significativa durante el seguimiento. Los efectos adversos graves fueron similares en los cuatro grupos.

Conclusiones: En sujetos diabéticos tipo2 e hipertensos con normoalbuminuria y función renal normal, el tratamiento con Trandolapril más verapamilo o con trandolapril sólo previno la aparición de microalbuminuria..

Comentarios: Aunque falta por demostrar que impedir la microalbuminuria disminuya los eventos cardiovasculares, los resultados parecen incuestionables. El trandolapril sólo o asociado a verapamilo impide el desarrollo de microalbuminuria, sin que este efecto pueda ser atribuido al descenso solo de la presión arterial, por lo que se demuestra que sus efectos renoprotectores van más allá del control de la presión arterial

¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LOS FACTORES DE RIESGO LÍMITE EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR?

Ramachandran S. Vasan, MD; Lisa M. Sullivan, PhD; Peter W.F. Wilson, MD; Christopher T. Sempos, PhD; Johan Sundstrom, MD, PhD; William B. Kannel, MD; Daniel Levy, MD; and Ralph B. D'Agostino, PhD. Relative Importance of Borderline and Elevated Levels of Coronary Heart Disease Risk Factors. Ann Intern Med. 2005;142:393-402.

Diseño: Estudio prospectivo de una cohorte de seguimiento.

Periodo de seguimiento: 12 años.

Ámbito: 3 cohortes del estudio Framingham Framingham (1968-1972) n=2995, 81971-1974) n=5124, (1984-1987) n=3873. TOTAL 11952, ELEGIDOS 7391 pacientes.

Intervención: No hubo.

Variables de estudio: 5 factores de riesgo. Presión arterial, LDL-colesterol, HDL-colesterol, Glucemia o tolerancia a la glucosa, y hábito de fumar, definidas como óptima, límite o alta y riesgo cardiovascular a 10 años.

Resultados: El 90% de los eventos cardiovasculares ocurren en pacientes con 1 o más factores de riesgo elevado y sólo el 8% en pacientes con múltiples factores de riesgo límite.

El riesgo absoluto a 10 años excede el 10% en hombres mayores de 45 años y un factor de riesgo elevado o cuatro o más límite. En las mujeres el riesgo absoluto excede el 10% sólo en las mayores de 55 años con 3 o más factores de riesgo.

Conclusión: Los factores de riesgo límite apenas inducen mayor riesgo. El número total de eventos cardiovasculares es mayor con menos de 2 factores de riesgo que con un número mayor debido a la prevalencia en la población.

Comentario: Los factores de riesgo cardiovascular sólo explican el 75-80 % de la cardiopatía coronaria. La población de alto riesgo padece sólo el 20% de los eventos coronarios.

Law propuso la polipíldora para la población mayor de 55 años sin factores de riesgo. De los datos de este estudio se concluye que asumiendo una capacidad de intervención de la polipíldora del 80% como defiende Law, para un riesgo absoluto menor del 7.5% (el de los varones) la NNT a 5 años sería de 33, y de 50 para un riesgo absoluto menor (del 5% el las mujeres). De ahí que la mejor intervención sanitaria siga siendo la preventiva.

Bibliografía:

- Greenland P, Knoll MD, Stamler J, Neaton JD, Dyer AR, Garside DB, et al Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. JAMA. 2003;290:891-7.
- Keil U, Liese AD, Hense HW, Filipiak B, Doering A, Stieber J, et al. Classical risk factors and their impact on incident non-fatal and fatal myocardial infarction and all-cause mortality in southern Germany. Results from the MONICA Augsburg cohort study 1984-1992. Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases. Eur Heart J. 1998;19:1197-207.
- Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ, et al. Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. JAMA. 2003;290:898-904. Stamler J, Stamler R, Neaton JD, Wentworth D, Daviglius ML, Garside D, et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardio-

vascular mortality and life expectancy: findings for large cohorts of young adult and middle-aged men and women. JAMA. 1999;282:2012-8.

- Law MR, Wald NJ. Risk factor thresholds: their existence under scrutiny. BMJ. 2002;324:1570-6.
- Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. BMJ. 2003;326:1419.

¿LA ESCALA DE FRAMINGHAM SOBREALORA EL RIESGO CEREBROVASCULAR DE LA DIABETES Y EL SÍNDROME METABÓLICO EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA?

B Costa JJ Cabré F Martín JL Piñol J Basora J Bladé. La escala de Framingham sobrealora el riesgo cerebrovascular de la diabetes y el síndrome metabólico en la población española. Aten Primaria 2005;35: 392-398.

Diseño: Estudio prospectivo de una cohorte de seguimiento.

Distribución: Oculta.

Periodo de seguimiento: 1998-2003.

Ámbito: Multicéntrico en Atención Primaria.

Pacientes: 728 personas de 55-85 años libres ACV, incluidas en una muestra poblacional.

Pérdidas en el seguimiento: 47 pérdidas y 11 fallecimientos

Intervención: No hubo

Resultados: Entre 728 personas de edad media 66.4+/- 7.3 años, con un índice de masa corporal (IMC) de 29.3+/- 4.9 no tenían ni diabetes ni síndrome metabólico el 60.7%, con síndrome metabólico no tenían diabetes el 14.8%, con diabetes no tenían síndrome metabólico el 7.8 % y presentaban ambas enfermedades el 16.7 % (según los criterios del NCEP para el síndrome metabólico).

El riesgo de ACV medio a 10 años para los 4 grupos fue de 9.1, 10.5, 17.3 y 19% respectivamente (según los criterios del NCEP para el síndrome metabólico).

La incidencia acumulada de acontecimientos cerebrovasculares fue del 2.5, 2.8, 3.5 y 5.8 respectivamente (según los criterios del NCEP para el síndrome metabólico).

Conclusión: Según estos datos la escala Framingham sobrestima el riesgo para ACV en población española diabética.

Comentario: Aunque la conclusión de este estudio es cierta, no lo es menos el hecho de que el número de personas diabéticas sea

pequeña y de que en este estudio poblacional, como reconocen los autores, hay una búsqueda activa de personas con diabéticas, que no se da en población general española, ni en la población de Framingham y que haría que estas personas pudieran tener menos riesgo.

¿LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA, A CARGO DE UNA ENFERMERA Y SIGUIENDO GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, TIENE IMPACTO EN LA MORTALIDAD?

Todd M. Koelling, MD; Monica L. Johnson, RN; Robert J. Cody, MD; Keith D. Aaronson, MD, MS. *Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients With Chronic Heart Failure. Circulation. 2005;111:179-185.*

Diseño: Estudio aleatorio y controlado.

Distribución: Oculta.

Periodo de seguimiento: 60, 120 y 180 días.

Ámbito: Hospital de la Universidad de Michigan.

Pérdidas en el seguimiento: Ninguna.

Pacientes: Aleatorizados 223 pacientes, 116 en el grupo control y 107 en el grupo intervención con insuficiencia cardiaca y con fracción de eyección inferior al 40%.

La edad media era para grupo control y grupo intervención de 64.7 +/- 13.5 y de 65.0 +/- 14.6, raza negra 22% y 21%, con enfermedad coronaria 63% y de 64 % respectivamente y en ambos grupo el 42% eran mujeres.

Intervención: El grupo intervención recibía una hora de educación sobre problemas de la insuficiencia cardiaca, que comprendía las causas de la insuficiencia cardiaca y de la terapéutica farmacológica.

Resultados: La muerte u hospitalización por insuficiencia cardiaca fue menor en el grupo de educación frente al grupo control (47% versus 64% p=0.018) la hospitalización por fallo cardiaco fue (15% versus 28% p=0.0159) la hospitalización por causa cardiaca fue (34% versus 47%, p=0.014) y la mortalidad total fue (6.5% versus 8.6%, p=0.91) que aunque menos frecuente en el grupo intervención no alcanzó significación estadística.

Comentarios: Para la insuficiencia cardiaca sistólica hay guías clínicas basadas en evidencias muy potentes, sobre todo para IECAS o ARA-2, B-bloqueantes y Espironolactona, y que solas o juntamente con medidas higiénico dietéticas, como la restricción de la sal, cese del

hábito tabáquico, moderación en la ingesta de líquidos, el no consumo de AINEs y el reconocimiento de los síntomas iniciales del fallo cardiaco contribuyen al descenso de la mortalidad.

El ofrecer a nuestros pacientes estas recomendaciones y seguir las guías clínicas contribuye de una manera meridianamente clara al descenso de la mortalidad.

No obstante, sabemos del bajo uso de algunas de las recomendaciones de las guías clínicas, en particular de los B-bloqueantes y en menor medida de los IECAs.

Este estudio tiene dos limitaciones importantes, una es el bajo número de pacientes participantes y la otra el escaso seguimiento (180 días), que pudieran considerarse los puntos débiles pero que en modo alguno impiden la generalización de los resultados.

Bibliografía:

- Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial Anique Ducharme, Odette Doyon, Michel White, Jean L. Rouleau and James M. Brophy (CMAJ o July 5, 2005).

¿DÓNDE HAY QUE TRATAR LA NEUMONÍA COMUNITARIA? ¿EN EL HOSPITAL O EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE?

Jordi Carratalá, MD; Nuria Fernández-Sabé, MD; Lucía Ortega, MD; Xavier Castellsagué, MD; Beatriz Rosón, MD; Jordi Dorca, MD; Ana Fernández-Agüera, RN; Ricard Verdaguer, MD; Joaquín Martínez, MD; Frederic Manresa, MD; and Francesc Gudiol, MD. *Outpatient Care Compared with Hospitalization for Community-Acquired Pneumonia A Randomized Trial in Low-Risk Patients. Ann Intern Med. 2005;142:165-172.*

Diseño: Estudio aleatorio y controlado, no ciego.

Distribución: Oculta, se tomaron las medidas necesarias para que los responsables de incluir pacientes desconocieran a que grupo se asignaría cada nuevo paciente.

Periodo de seguimiento: a los 7 y a los 30 días.

Ámbito: 2 hospitales de Barcelona, uno público que reportó la mayor parte de los pacientes y otro privado.

Pacientes: 224 pacientes, de los cuales 110 recibieron tratamiento ambulatorio y 114 en el hospital. La edad media del grupo de tratamiento ambulatorio fue de (M +/- DS) (67.5 +/- 118), y del grupo de tratamiento hospitalario (64.9 +/- 13.4), siendo varones el 62.7% y 57.9% respectivamente.

Se incluyeron pacientes de las clases de riesgo II y III (1).

Intervención: Los pacientes se distribuyeron aleatoriamente a recibir Levofloxacin oral 500 mg, o Levofloxacin 500 mg IV primero, y cuando las variables clínicas mejoraban, se pasaba a Levofloxacin oral.

Variable de resultado: Éxito de todas las variables: curación, sin efectos secundarios, ausencia de complicaciones médicas, no necesidad de tratamientos adicionales o visitas médicas, no necesidad de cambiar de tratamiento antibiótico, no necesidad de hospitalizaciones en los 30 días posteriores a la hospitalización y muerte por cualquier causa en el primer mes. Seguimiento de los pacientes: 100%.

Principales resultados: Un resultado satisfactorio lo obtuvieron el 83.6% de los pacientes del grupo de tratamiento oral y 80.7 % de los del grupo de tratamiento hospitalario ($p > 0.2$). En ambos grupos todos los pacientes curaron de la neumonía, no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a efectos secundarios, ni complicaciones médicas. Sólo falleció un paciente en el grupo del tratamiento oral, por otras causas diferentes a la neumonía.

Conclusión: No hay diferencias entre el tratamiento en el hospital y en el domicilio del paciente en la curación de la neumonía ni en las complicaciones.

Comentario: Las decisiones a cerca del lugar del tratamiento de la neumonía son variables según los autores.

Los pacientes prefieren el cuidado en el domicilio.

Este estudio tiene mucho interés porque se realizó en un medio epidemiológico muy parecido al nuestro.

No obstante tiene un conjunto de limitaciones que podrían afectar a los resultados, como es el pequeño número de pacientes, el que no fuera realizado en las condiciones habituales de la práctica clínica, la exclusión de pacientes que habían tomado Quinolonas o que tuvieran variables clínicas de riesgo a pesar de pertenecer a las clases de riesgo II y III, ya que los pacientes además deberían tener buena oxigenación y otros parámetros clínicos y por último, que el estudio no fue a doble ciego.

Bibliografía:

- 1- Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med.* 1997;336:243-50.
- 2- Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM Jr, Musher DM, Whitney C, et al. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. *Clin Infect Dis.* 2003;37:1405-33.

- 3- Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, Bass JB, Broughton WA, Campbell GD, et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:1730-54.
- 4- Dean NC. Use of prognostic scoring and outcome assessment tools in the admission decision for community-acquired pneumonia. *Clin Chest Med.* 1999; 20:521-9.
- 5- Coley CM, Li YH, Medsger AR, Marrie TJ, Fine MJ, Kapoor WN, et al. Preferences for home vs hospital care among low-risk patients with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med.* 1996;156:1565-71.

¿EL CRIBADO DE LA OSTEOPOROSIS PREVIENE LA FRACTURA DE CADERA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS?

Lisa M. Kern, MD, MPH; Neil R. Powe, MD, MPH, MBA; Michael A. Levine, MD; Annette L. Fitzpatrick, PhD; Tamara B. Harris, MD, MS; John Robbins, MD; and Linda P. Fried, MD, MPH. Association between Screening for Osteoporosis and the incidence of Hip Fracture. Ann Intern Med. 2005;142:173-181.

Diseño: Estudio de cohortes.

Periodo de seguimiento: Seis años.

Ámbito: Pacientes participantes en el estudio de salud cardiovascular de cuatro estados: California, Pennsylvania, Maryland y Carolina del Norte.

Pacientes: 3107 pacientes adultos de 65 años o mayores que acudían a la revisión anual del estudio de salud cardiovascular en 1994-1995. Se excluyeron a los pacientes que estaban diagnosticados de osteoporosis, tenían antecedentes de fractura de cadera o estaban en tratamiento con difosfonatos.

Intervención: Se realizó una densitometría dual con fuente de rayos X (DEXA) a los participantes de California y Pennsylvania ($n = 1422$). A los pacientes se les entregó una gráfica con los resultados y se le envió a su médico de Atención Primaria. En la gráfica se marcaba con una "X" el lugar que ocupaba el paciente, pero no se le clasificaba como normal, osteopénico ni osteoporótico ni tampoco se recomendaba ninguna intervención en particular.

A los 1685 participantes de Maryland y Carolina del Norte se le realizaron los cuidados médicos habituales.

Variables resultado: Incidencia de fractura de cadera.

Principales resultados: La incidencia de fractura de cadera fue de 4,8 por 1000 personas/año en el grupo de screening y de 8,2 en el de cuidados habituales. Este hallazgo se reproduce tanto en hombres como en mujeres. El beneficio es en todas las edades, pero es mayor

en los mayores de 85 años (7 % de los participantes).

Se obtuvo una reducción del riesgo de fractura del 36% a los 6 años.

Conclusiones: El uso de DEXA de cadera como screening de osteoporosis en adultos mayores de 65 años se asocio con una incidencia a los seis años de fractura de cadera 36% menor que los cuidados médicos habituales. Se necesitan estudios más amplios para explorar el mecanismo de esta asociación.

Comentario: El interés de este estudio se basa en que actualmente el cribado de la osteoporosis es controvertido y por tanto es de entender que las distintas guías de práctica clínica no tengan criterios uniformes en este tema. Los partidarios del screening se basan en que por cada SD que la densidad ósea desciende, el riesgo de fractura de cadera aumenta más del doble y en la elevada prevalencia de estas fracturas en la población mayor de 65 años, con la dependencia física y social que conlleva. Los grupos que no son partidarios del screening defienden esta postura en la ausencia de ensayos clínicos que hayan probado el efecto del cribado de osteoporosis en la incidencia de fractura de cadera.

Sus limitaciones más importantes son:

- No hay una relación clara causa efecto (no sabemos cuál fue la intervención).
- Desconocemos si fue beneficiosa para otras localizaciones de las fracturas y por lo tanto se estuvieran minimizando los beneficios.
- Desconocemos los efectos secundarios.

Bibliografía:

- Cummings SR, Black DM, Nevitt MC, Browner W, Cauley J, Ensrud K, et al. Bone density at various sites for prediction of hip fractures. The Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Lancet*. 1993;341:72-5.
- Black DM, Cummings SR, Karpf DB, Cauley JA, Thompson DE, Nevitt MC, et al. Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. Fracture Intervention Trial Research Group. *Lancet*. 1996;348:1535-41. [PMID: 8950879]
- Cummings SR, Black DM, Thompson DE, Applegate WB, Barrett-Connor E, Musliner TA, et al. Effect of alendronate on risk of fracture in women with low bone density but without vertebral fractures: results from the Fracture Intervention Trial. *JAMA*. 1998;280:2077-82. [PMID: 9875874]
- Harris ST, Watts NB, Genant HK, McKeever CD, Hangartner T, Keller M, et al. Effects of risedronate treatment on vertebral and nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis: a randomized controlled trial. Vertebral Efficacy With Risedronate Therapy (VERT) Study Group. *JAMA*. 1999; 282:1344-52. []
- McClung MR, Geusens P, Miller PD, Zippel H, Bensen WG, Roux C, et al. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. Hip Intervention Program Study Group. *N Engl J Med*. 2001;344:333-40.

¿QUÉ ES MÁS EFICAZ PARA PREVENIR LA RECURRENCIA DE SANGRADO POR ÚLCERA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO Y QUE PRECISAN ANTIAGREGACIÓN, CLOPIDROGEL O ASPIRINA MÁS ESOMEPRAZOL?

Chan, Francis K.L.; Ching, Jessica Y.L.; Hung, Lawrence C.T.; Wong, Vincent W.S.; Leung, Vincent K.S.; Kung, Nelson N.S.; Hui, Aric J.; Wu, Justin C.Y.; Leung, Wai K.; Lee, Vivian W.Y.; Lee, Kenneth K.C.; Lee, Yuk T.; Lau, James Y.W.; To, Ka P.; Chan, Henry L.Y.; Chung, S.C. Sydney; Sung, Joseph J.Y. Clopidogrel versus Aspirin and Esomeprazole to Prevent Recurrent Ulcer Bleeding. The N Engl J of Med. 2005; 252: 238-44

Diseño: Ensayo doble ciego, aleatorio, prospectivo.

Distribución: Oculta

Enmascaramiento: Sí.

Período de seguimiento: 12 meses.

Ámbito: Hospital Prince of Wales en Hong Kong.

Pacientes: 320 pacientes (edad media 72 años), que presentaron sangrado por úlcera gástrica y/o duodenal, usando dosis bajas de aspirina (325 o menos por día), y que continuaban precisando tratamiento antiagregante plaquetario, una vez que la úlcera hubiese cicatrizado.

Se excluyeron aquellos pacientes en que la úlcera no cicatrizó tras el tratamiento; el test para H. Pylori persistía positivo a pesar de un tratamiento erradicador; el paciente estaba en tratamiento concomitante con: antiinflamatorios no esteroideos, otras drogas antiplaquetarias, anticoagulantes o corticosteroides; antecedentes de cirugía gástrica; historia de alergia a aspirina o clopidogrel; esofagitis erosiva; insuficiencia renal en diálisis; enfermedad terminal o cáncer.

Intervención: Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a recibir 75 mg de clopidogrel una vez al día más esomeprazol- placebo cada 12 horas ó 80 mg de aspirina una vez al día más 20 mg de esomeprazol cada 12 horas.

Variables resultado: Se valoró como objetivo primario la recurrencia de sangrado de origen gástrico y/o duodenal. Así a todos los pacientes que presentaron hematemesis o melenas objetivadas por un médico o cuando el nivel de hemoglobina descendía 2 o más g/dl fueron sometidos a una endoscopia para valorar la presencia de erosiones y/o úlceras sangrantes.

Como objetivo secundario se valoró la aparición de sangrado gastrointestinal bajo o de sangrado extra intestinal.

Seguimiento de los pacientes: Se produjeron tres pérdidas en el grupo del clopidogrel.

Principales resultados: La incidencia acumulada de recurrencia de sangrado gastrointestinal alto durante los doce meses de seguimiento fue de 8.6% (IC.95% de 4,1 a 13,1 %) entre los pacientes que recibieron clopidogrel frente a un 0.7% (IC.95% de 0 a 2,0%) en los pacientes que recibieron ácido salicílico. No hubo diferencias en la incidencia acumulada de sangrado gastrointestinal bajo entre ambos grupos (4,6 %).

Conclusiones: Parecen incuestionables los beneficios de la Aspirina más IBP sobre el Clopidogrel en la prevención de las recurrencias de un sangrado digestivo en pacientes con antecedentes de sangrado digestivo alto.

Comentario: Teniendo en cuenta que el riesgo de úlcus sangrante se duplica con dosis de 75 mg de aspirina, que los pacientes con antecedentes de úlcus sangrante a tratamiento con aspirina recurren un 15% por año y que The American College of Cardiology-American Heart Association guidelines recomienda utilizar Clopidogrel en la intolerancia digestiva mayor a la aspirina, e. Este ensayo clínico prospectivo no respalda esta práctica clínica, ya que clopidogrel no se comporta como una alternativa a las aspirina más inhibidor de la bomba de protones.

Las limitaciones de este estudio son que las conclusiones sólo son aplicables sólo para pacientes de alto riesgo por antecedentes de sangrado y no sabemos si otros antecedentes personales como por ejemplo la mayor edad, también se beneficiarían. Por otra parte no se explica el mecanismo del mayor riesgo del Clopidogrel para la úlcera gástrica sangrante.

Bibliografía:

- Weil J, Colin-Jones D, Langman M, et al. Prophylactic aspirin and risk of peptic ulcer bleeding. *BMJ* 1995;310:827-30. 2.
- Garcia Rodríguez LA, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 1994;343:769-72. [Erratum, *Lancet* 1994;343:1048.]
- Lanas A, Bajador E, Serrano P, et al. Nitrovasodilators, low-dose aspirin, other non-steroidal anti-inflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2000;343:834-9.

SISTEMAS INFORMÁTICOS DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS. ¿SON DE AYUDA EN EL ASMA BRONQUIAL BASADOS EN LAS RECOMENDACIONES DE LA GINA?

Vicente Plaza, Albert Cobos, José M. Ignacio-García, Jesús Molinad, Salvador Bergoñón, Fernando García-Alonsoe y Cristina Espinosaf. Coste-efectividad de una intervención basada en las reco-

mendaciones de la Global Initiative for Asthma (GINA), mediante un sistema informatizado de apoyo a la decisión clínica: un ensayo con aleatorización de médicos. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(6):201-6

Diseño: Ensayo pragmático y aleatorio por grupos, para evaluar el coste efectividad de una intervención basada en las recomendaciones de la GINA.

Periodo de seguimiento: 12 meses.

Ámbito: 10 neumólogos y 10 médicos de atención primaria, de diferentes centros que incluyeron a 98 y 100 pacientes asmáticos, respectivamente.

Intervención: A un grupo de médicos se le facilitó un sistema de ayuda a la decisión clínica, que ofrecía recomendaciones basadas en la GINA. Los médicos del grupo control no disponían de esta herramienta.

Resultados: El grupo intervención utilizó menos los corticoides orales (nº total de envases) 130 frente a 727 (P<0.0135), utilizó más agonistas B2 de larga duración 1297 frente a 983 (p=0.0029).

Los pacientes del grupo intervención acudieron menos a urgencias 49 frente a 115 (p=0.0888), tuvieron menos días de hospitalización 37 frente a 166 (p>0.10) aunque no alcanzó significación estadística y tuvieron menos días con medicación de rescate 3478 frente a 9318 (p=0.0257). Los cuestionarios de calidad de vida también fueron más favorables en el grupo intervención.

Conclusión: Un sistema de ayuda a la decisión clínica basado en las recomendaciones de la GINA, mejora los resultados clínicos, medidos como días de hospitalización, uso de medicación de rescate y corticoides orales, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Comentario: Aunque se trata de un estudio realizado en un número pequeño de profesionales y muy motivados, su práctica clínica es de nuestro medio, por lo que sus conclusiones pudieran ser beneficiosas para cualquier consulta de medicina familiar, en la necesidad de desarrollar medios que ayuden a la decisión clínica.

¿LOS MÉDICOS CON MÁS EXPERIENCIA CLÍNICA PROPORCIONAN A SUS PACIENTES UNA ATENCIÓN DE MAYOR CALIDAD?

Niteesh K. Choudhry, MD; Robert H. Fletcher, MD, MSc; and Stephen B. Soumerai, ScD. Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care. *Ann Intern Med*. 2005; 142:260-273.

Antecedentes: Generalmente se piensa que los médicos a lo largo de su vida profesional acumulan mayor número de conocimientos y

habilidades que les permiten proporcionar a sus pacientes una atención de mayor calidad. Existen, sin embargo, evidencias que sugieren que existe una relación inversa entre el número de años de práctica clínica y la calidad de los cuidados médicos.

Objetivo: Valorar la relación existente entre la experiencia clínica y la calidad de los cuidados médicos.

Método: Se realizó una revisión sistemática en MEDLINE, desde 1966 a junio de 2004, de artículos en inglés relacionando conocimientos médicos y calidad con años de práctica clínica y edad de los facultativos.

Se excluyeron aquellos artículos en los que la distinta práctica clínica no afectaba a la calidad o aquellos que evaluaban a un número pequeño de médicos.

Tras una primera identificación de 245 artículos, se analizaron 59, que se categorizaron en cuatro grupos según evaluaran:

- Conocimientos.
- Adherencia a guías de diagnóstico, screening o prevención.
- Adherencia a guías de tratamiento.
- Resultados de salud.

Los resultados se clasificaron en seis grupos en base a la asociación existente:

- Consistentemente negativa.
- Parcialmente negativa.
- No efecto.
- Efecto mixto (cóncava: positiva- pico- negativa).
- Parcialmente positiva.
- Consistentemente positiva.

No se realizó análisis multivariante por la heterogeneidad de los estudios.

Resultados: De todos los estudios revisados el 52% demostraron una asociación negativa, el 21% una asociación negativa para algunos resultados, pero no para otros, un 3% una relación cóncava, es decir, tras un incremento de la calidad los primeros años, un pico y posteriormente un descenso de la calidad con el paso de los años, en un 21% no existía asociación, un 2 % tenían una asociación par-

cialmente positiva y en otro 2% la asociación era positiva para todos los objetivos evaluados.

Doce estudios valoraban los conocimientos, y en todos ellos la asociación fue negativa.

De los 24 estudios que valoraban la adherencia a estándares de diagnóstico, screening o prevención, el 63% demostraban que los médicos con más años de práctica clínica tenían menor probabilidad de ajustarse a los criterios establecidos en estos campos. En solo uno de los trabajos la asociación fue positiva.

En 19 estudios se valoraba la adherencia a guías de tratamiento y en el 74% la asociación fue negativa parcial o totalmente.

Finalmente siete revisiones fueron sobre resultados de salud, mortalidad, en tres no afectaba, en dos era parcialmente negativa y en los otros dos consistentemente negativa.

Conclusión: Los resultados de este análisis sugieren que los médicos con más experiencia, quizás paradójicamente estén en riesgo de proporcionar cuidados de salud de peor calidad.

Comentario: Creemos que existen posibles razones que justifiquen los resultados de este estudio, como la reticencia natural de adoptar cambios con el paso de los años, la dificultad de incorporar conocimientos nuevos que se contrapongan a los previos y la rapidez con que evolucionan los cambios en ciencias de la salud.

Como limitaciones debemos apuntar que la mayoría de los estudios fueron por cuestionarios autoadministrados, no en condiciones de la práctica clínica habitual.

Además no se valoran otros condicionantes de la relación médico paciente.

Tampoco se analizaron a los no respondedores y sobre todo si eran diferentes, los que tenían menos años de ejercicio que los que tenían más y no respondían.

Bibliografía:

- Hartz AJ, Kuhn EM, Pulido J. Prestige of training programs and experience of bypass surgeons as factors in adjusted patient mortality rates. Med Care. 1999; 37:93-103.