

Evidencias

en gestión clínica y gestión de servicios de salud

ciencia, gestión, valores

Revisiones

Multimedia

Entrevistas

Salud global

Documentos

Mitos y hechos

Visualizaciones

Buenas prácticas en gestión clínica

núm. **5**

noviembre
2013



JUNTA DE ANDALUCÍA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Comité editorial

Luis Gavira Sánchez (Coordinación), Guadalupe Carmona López, Miguel Ángel Colmenero Camacho, José Antonio Cuello Contreras, Ana de Irigoyen Díaz, Inés Falcón Alloza, Pedro J. García Fernández, Leticia García Mochón, Isabel Gómez Díaz, Verónica Juan Quilis, Carmen Lama Herrera, Sergio Minué Lorenzo, Juan Ortiz Espinosa, María José Requena Tapia, María José Sánchez Pérez, Alfonso Soto Moreno

Revisiones

Efectos secundarios tóxicos: el gasto de bolsillo de la asistencia sanitaria**Revelación completa – Costes por gasto de bolsillo contemplados como efectos secundarios***[Full Disclosure - Out of pocket Cost as Side Effects]***Resumen**

Habitualmente los profesionales sanitarios informan a sus pacientes sobre los efectos secundarios que los tratamientos pueden tener sobre su salud. De este modo, los pacientes pueden decidir junto con su médico, si los beneficios de dicho tratamiento superan, o compensan, los riesgos que éste pueda tener. Sin embargo, los pacientes en EEUU sufren un daño adicional derivado de los servicios sanitarios que reciben, y cuyo riesgo no ha sido suficientemente discutido ni evaluado. Nos referimos a la toxicidad no revelada de los altos costes que incurren los pacientes para recibir asistencia sanitaria, y que pueden ser la causas de considerables tensiones financieras. Los profesionales sanitarios no suelen comentar con sus pacientes el coste de un determinado test diagnóstico o tratamiento antes de prescribirlo, con lo que los pacientes pueden, sin saberlo, encontrarse con enormes facturas que, las cuales podrían ser en algunos casos, evitables.



Por ejemplo, un paciente con un cáncer colorrectal que recibe tratamiento con bevacizumab administrado junto a quimioterapia puede incrementar su esperanza de vida aproximadamente en 5 meses comparado con sólo quimioterapia. Es un tratamiento bien tolerado, aunque los pacientes pueden incrementar en un 2% los efectos tóxicos cardiovasculares graves. Diez meses de tratamiento tiene un coste de 44.000\$. Un paciente con cobertura Medicare pagaría el 20% del coste del medicamento, 8.800\$, sin incluir otros costes derivados del mismo, como la quimioterapia, test diagnósticos, etc. Así, mientras que la mayoría de los médicos discuten el 2% de toxicidad clínica asociada al medicamento, nadie suele mencionar la potencial toxicidad financiera asociado al mismo.

El centro de Prevención y Control de Enfermedades estima que este alto gasto de bolsillo supuso en 2011, que una tercera parte de las familias estadounidenses fueran incapaces de pagar las facturas médicas. Esta carga financiera relacionada con la atención sanitaria supone una verdadera angustia para los pacientes que se sienten forzados a reducir otros gastos que igualmente pueden afectar su salud o bienestar.

Esta situación nos lleva a ver que discutir temas de coste es un componente crucial en la toma de decisiones clínicas. Primero porque a los pacientes les permite elegir entre alternativas que siendo similares en efectividad conllevan sin embargo un menor coste. Segundo, porque tal discusión permitiría, como si de efectos secundarios se tratara, ayudar a aquellos pacientes que estuvieran dispuestos a sacrificar alguna probabilidad de beneficio potencial en salud por no sufrir dificultades financieras. Tercero, porque permitiría a los pacientes buscar ayuda financiera para su asistencia sanitaria con lo que se evitarían problemas de ansiedad, y estrés económico. Cuarto, porque un amplio espectro de evidencia sugiere que considerar los costes en las decisiones clínicas repercute en una reducción de los costes de los pacientes y la sociedad en el largo plazo.

En EEUU se están llevando a cabo iniciativas para dotar de una mayor transparencia al proceso de obtención de coste incurrido por los pacientes, pero éstos son aún imperfectos e incompletos. Es muy importante que los médicos comenten con sus pacientes los costes de la asistencia sanitaria, ya que del mismo modo que los efectos secundarios de los tratamientos se toma en cuenta a la hora de tomar de decisiones clínicas, el coste que los pacientes incurren en su asistencia sanitaria debe ser una variable que entre en juego para decidir el mejor tratamiento para cada paciente.

Comentario

Como el propio artículo indica, el gasto sanitario en EEUU ha aumentado de forma exponencial durante los últimos 40 años. Este crecimiento ha colocado más carga económica a los pacientes, ya sea porque carecen de seguro sanitario con lo que tienen que pagar la totalidad del servicio que reciben, o porque tienen contratado un plan de seguro que comparte un porcentaje de los costes con los propios pacientes a través de deducibles, copagos, y coseguros.

La realidad de EEUU es que es muy difícil conocer cuál es el coste directo soportado por los pacientes ya que varía en función de la intervención, asegurador, lugar en el que se desarrolla la asistencia, elección de la farmacia o servicio que lo presta, etc. Con este panorama, no nos debe extrañar encontrarnos con artículos que pongan de

manifiesto la importancia de comunicar los costes de los tratamientos a los pacientes estadounidenses, a tenor de los problemas financieros reales con los que se encuentran.

No menos desapercibido es esta otra editorial publicada en la misma revista y titulada "El test Papanicolaou de 1.000 dolares" [1], en el que se explica el hecho de cómo una prueba de screening que es costo efectiva a un precio de 20\$-30\$, puede costarle a los pacientes más de 600\$.

Resulta que la razón de este precio desorbitado no es el test, sino las múltiples pruebas que se acompañan al test, la mayoría de ellas innecesarias. La propia autora admite que muchas de estas pruebas innecesarias son realizadas a petición del profesional sanitario, pero además culpa a los laboratorios clínicos que para obtener mayores beneficios, hacen más fácil el procedimiento de solicitud (en un solo paso) de estas pruebas por los médicos. Pero la situación es más grave, ya que este excesivo coste del laboratorio puede llevar a algunas mujeres a renunciar a la detección del cáncer de cervix, simplemente porque no pueden permitirselo.

Estas editoriales nos permiten reflexionar sobre la importancia de conocer el coste de la asistencia sanitaria para la toma de decisiones, especialmente cuando éste va a ser soportado por el paciente, entre otras cosas porque puede llevar aparejado una menor accesibilidad a los tratamientos. Como dicen los propios autores del estudio "se ha llegado a una situación en la que el coste de la atención sanitaria que el paciente paga de su propio bolsillo puede tener un impacto negativo en la calidad de vida, mucho mayor, que muchas enfermedades". Pero además nos permite reflexionar sobre la importancia de ser eficientes en la provisión de la asistencia sanitaria y de evaluar el coste efectividad de los tratamientos que el sistema público debe incluir en su financiación pública.

Referencia

Ubel P, Abernethy A, Zafar Y. Full Disclosure — Out-of-Pocket Costs as Side Effects. N Engl J Med 2013; 369:1484-1486

Ver también:

[1] Bettigole C. The Thousand-Dollar Pap Smear. N Engl J Med 2013; 369:1486-1487

Enlace

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1306826>

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1307295>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Revisión de los riesgos y beneficios de la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia**El tratamiento hormonal en la menopausia y resultados en salud durante la intervención y el seguimiento prolongado en los ensayos aleatorios de la Iniciativa para la Salud de las Mujeres**

[Menopausal Hormone Therapy and Health Outcomes During the Intervention and Extended Poststopping Phases of the Women's Health Initiative Randomized Trials]

Resumen**Importancia**

El tratamiento hormonal en la menopausia es una terapia que se utiliza en la clínica, aunque persisten dudas acerca de sus riesgos y beneficios desde el punto de vista de la prevención de enfermedades crónicas.

Objetivo

Informar con una perspectiva completa e integrada de los resultados obtenidos de la aplicación de tratamiento hormonal después de un seguimiento prolongado de las mujeres, en el marco de las investigaciones llevadas a cabo en la 2 Iniciativa para la Salud de las Mujeres, (Women's Health Initiative, WHI, estudio federal auspiciado por el gobierno de los EEUU).

Diseño, escenario y participantes

Un total de 27.347 mujeres posmenopáusicas de 50 a 79 años participaron en el estudio, en 40 centros de los EE.UU.

Intervenciones

Las mujeres con útero intacto recibieron estrógenos conjugados de origen equino (ECE, 0.625 mg/d) más acetato de medroxiprogesterona (AMP; 2,5 mg/d) (n=8.506) o placebo (n=8.102). Las mujeres con histerectomía previa recibieron solamente ECE (0.625 mg/d) (n=5.310) o placebo (n = 5.429). La intervención duró una media de 5,6 años en el estudio de ECE más AMP; y de 7,2 años en el tratamiento únicamente con ECE, con 13 años de seguimiento acumulado hasta su finalización el 30 de septiembre de 2010.

Principales medidas y principales resultados estudiados

Eficacia y resultados de seguridad fueron la cardiopatía coronaria y el cáncer de mama invasivo, respectivamente. Un índice global también incluyó el ictus, embolismo pulmonar, cáncer colorrectal, cáncer de endometrio, fractura de cadera, y la muerte.

Resultados

Durante la fase de estrógenos conjugados de origen equino (ECE) más acetato de medroxiprogesterona (AMP), el número de casos de enfermedad coronaria fue de 196 para el tratamiento de ECE más AMP, frente a 159 casos de enfermedad coronaria para el placebo (razón de riesgo, hazard ratio, HR, 1,18; IC 95% ,0.95 - 1.45) y de 206 frente a 155, respectivamente, para el cáncer de mama invasivo (razón de riesgo, HR 1,24, IC 95%, 1,01-1,53). Otros riesgos incluyeron el incremento de ictus, embolismo pulmonar, demencia (en mujeres con 65 o más años), cálculos biliares e incontinencia urinaria. Los beneficios incluyeron disminución de las fracturas de cadera, de diabetes y de síntomas vasomotores. La mayoría de los riesgos y beneficios quedaron disipados postintervención, aunque persistió algún incremento del riesgo de cáncer de mama durante el seguimiento acumulado (434 casos para ECE más AMP, frente a 323 para el placebo; razón de riesgo, HR de 1,28 (IC del 95% 1,11 a 1,48). Los riesgos y los beneficios estaban más equilibrados durante la intervención con ECE solamente, registrándose 204 casos de enfermedad coronaria frente a 222 casos con el placebo (HR = 0,94, IC 95%, 0.78 - 1.14) y 104 casos frente a 135, respectivamente, de cáncer de mama invasivo (HR, 0,79 , IC ,0.61 - 1 .02 95 %). De forma acumulada, había 168 frente a 216, respectivamente, casos de cáncer de mama diagnosticados (HR, 0,79, IC del 95 %, 0,65 a 0,97). Los resultados en relación con otros hallazgos eran similares para la intervención con ECE más AMP. Ni la intervención influyó en la mortalidad por todas las causas.

Para el tratamiento solamente con ECE, las mujeres más jóvenes (entre 50 y 59 años) registraron resultados más favorables en mortalidad por todas las causas, infarto agudo de miocardio, y en el índice global (P<0,05 para la tendencia por edad). Los riesgos absolutos de eventos adversos (medido por el índice global) por cada 10.000 mujeres anualmente que tomaron ECE más AMP osciló entre 12 casos (exceso de casos) para las edades de 50-59 años y 38 para las edades de 70 a 79 años; para las mujeres que tomaron ECE solamente, de 19 casos menos para las edades de 50-59 años a 51 casos (exceso de casos) para las edades de 70-79 años. Los resultados en términos de calidad de



vida arrojaron resultados mixtos en ambos ensayos.

Conclusiones y relevancia

La terapia hormonal en la menopausia tiene un patrón complejo de riesgos y beneficios. Los resultados de la intervención y del seguimiento prolongado tras la intervención, por los estudios sobre tratamientos hormonales llevados a cabo por la 2 Iniciativa para la Salud de las Mujeres, no apoyan el uso de esta terapia para la prevención de enfermedades crónicas, aunque es apropiado para el manejo de síntomas en algunas mujeres.

Comentario

Dos cuestiones de extraordinaria importancia destacan de este estudio publicado en octubre en el JAMA (Journal of American Medical Association).

Una, para la salud de la mujer: los tratamientos con estrógenos conjugados equinos (ECE), asociados o no a acetato de medroxiprogesterona (AMP) en mujeres postmenopáusicas tienen más riesgos que beneficios para la salud, aunque son apropiados para el manejo de los síntomas de la menopausia en algunas mujeres, las mujeres más jóvenes.

Y dos, desde el punto de vista del impacto de la investigación en salud: este es un caso de cómo el conocimiento y la evidencia científica puede transformar un dogma médico y conducir a un cambio sustancial en la política de salud y en la atención individual de millones de mujeres.

El estudio se basa en los datos a largo plazo de la "Iniciativa de Salud de las Mujeres" (Women's Health Initiative, WHI en sus siglas inglés), un macro estudio clínico y observacional -que en total incluyó a más de 160.000 mujeres de edades entre 50 y 79 años- financiado con fondos públicos federales en EEUU y lanzado en 1991, cuyos primeros resultados fueron presentados en 2002, y el actual -tras una segunda fase de seguimiento de 13 años- que aparece ahora y en el que han participado más de 27.000 mujeres de 50 a 79 años.

Las mujeres participantes tomaron una combinación de estrógenos y progesterona, estrógenos sólo o placebos, durante años. El estudio inicial de 2002 encontró que el tratamiento más popular en EEUU (las hormonas combinadas) podría llegar a causar las enfermedades que se pensaba que prevenía, incrementando el riesgo de importantes patologías. El actual, tras un seguimiento de 13 años, confirma tales hallazgos. Analizando también los riesgos y beneficios de los estrógenos solos.

Cuando comenzó el primer estudio, a mediados de los noventa, millones de mujeres -el 40% de las mujeres- recibían tratamiento hormonal para mejorar síntomas como sequedad vaginal, sofocos, trastornos vasomotores, etc., o para prevenir enfermedades crónicas. Con la publicación de los primeros resultados en 2002, las indicaciones de terapia hormonal en mujeres menopáusicas se redujeron en un 46%. Y la incidencia de cáncer de mama en mujeres de edad se redujo significativamente, cuestión que es atribuida a la disminución del uso de hormonas.

No obstante, hay dos elementos que hay que considerar desde el punto de vista de nuestra realidad sanitaria: el primero, que los ECE y el AMP prácticamente no se emplean en Europa y aún menos en España. El segundo, que hay también numerosos estudios que avalan que no hay diferencias significativas en la mortalidad de las mujeres tratadas con estrógenos naturales, frente a las no tratadas. La terapia hormonal sustitutiva debe administrarse sólo cuando hay indicación y nunca para la prevención primaria o secundaria de ninguna enfermedad crónica.

Una última cuestión merece la pena ser destacada. Como señala el interesante editorial que acompaña en la revista a la publicación de este nuevo informe, "la historia de la medicina está llena de dogmas asumidos y más tarde superados. En ninguna parte está dinámica es más evidente que en la salud de las mujeres (...) La Iniciativa de Salud de las Mujeres le ha dado la vuelta al dogma con respecto a la terapia hormonal en la menopausia (...) Hay muchas lecciones que aprender sobre el valor de los estudios clínicos orientados a la prevención, objetivos, y con financiación pública (...) El hecho de que el sector público llevara a cabo este histórico proyecto (y los investigadores cuyo trabajo ahora han presentado en su siguiente fase) ha movido a la ciencia médica hacia una forma más efectiva de hacer las cosas, destrozando dogmas anteriores. Por eso, las mujeres y todos los pacientes cuya salud depende de conocimientos científicos sólidos, están agradecidas".

Referencia

Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, et al. Menopausal Hormone Therapy and Health Outcomes During the Intervention and Extended Poststopping Phases of the Women's Health Initiative Randomized Trials. JAMA. 2013;310(13):1353-1368. doi:10.1001/jama.2013.278040.

Nabel EG. The Women's Health Initiative—A Victory for Women and Their Health. JAMA. 2013;310(13):1349-1350. doi:10.1001/jama.2013.278042.

Enlace

El artículo: <http://jama.iamanetwork.com/article.aspx?articleid=1745676>

La editorial : <http://jama.iamanetwork.com/article.aspx?articleid=1745653>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Intervenciones de actividad física versus tratamientos farmacológicos y riesgo de mortalidad**Efectividad comparada de intervenciones de actividad física y tratamientos farmacológicos sobre riesgo de mortalidad: estudio meta-epidemiológico**

[Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study]

Resumen

El objetivo de este estudio fue comparar la efectividad de la actividad física con respecto a las intervenciones de tratamientos farmacológicos en la reducción del riesgo de mortalidad, en términos de prevención secundaria de la enfermedad coronaria, ictus, fallo cardíaco, y la diabetes.

Se incluyeron meta-análisis de ensayos clínicos controlados que comparaban efectividad de la actividad física e intervenciones de tratamientos farmacológicos, entre ellos (ejercicio físico versus medicación) o con un grupo control (placebo o grupo habitual), en relación con riesgo de mortalidad. Los metaanálisis, publicados hasta Mayo de 2013, se identificaron en Medline y en la base de datos Cochrane. Los resultados de los estudios se combinaron en metaanálisis en red y de efectos aleatorios.

Se incluyeron 16 metaanálisis: 4 sobre actividad física y 12 sobre intervenciones de tratamiento farmacológico, junto con otros 3 ensayos clínicos recientes, que no fueron incluidos en los metaanálisis anteriores, siendo el número total de estudios incluidos de 305 ensayos clínicos controlados, con 339.274 participantes. Se identificaron 57 ensayos clínicos, que incluyeron un total de 14.716 participantes, y que analizaron específicamente la efectividad de la actividad física sobre la reducción del riesgo de mortalidad, en relación con la prevención secundaria de la enfermedad coronaria isquémica, ictus, fallo cardíaco, y la diabetes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las intervenciones de actividad física y de tratamiento farmacológico para la enfermedad coronaria y la diabetes. Sin embargo, las intervenciones de actividad física fueron más efectivas que las de los tratamientos farmacológicos en la prevención del ictus (Odds Ratio de actividad física versus tratamiento anticoagulante: 0.09; 95% IC: 0.01-0.70 y actividad física versus antiplaquetarios: 0.10; 95% IC: 0.01-0.62). Los diuréticos fueron más efectivos que la actividad física en la prevención del fallo cardíaco (OR actividad física versus diuréticos: 4.11; 95% IC: 1.17-24.76). No se encontraron inconsistencias estadísticamente significativas en las comparaciones directas e indirectas de los estudios.

En conclusión, la evidencia actualmente disponible apoya que la actividad física y muchas intervenciones de tratamientos farmacológicos poseen una efectividad similar sobre la reducción del riesgo de mortalidad, en la prevención secundaria de enfermedad coronaria, ictus, fallo cardíaco, y diabetes.

**Comentario**

Hasta la fecha de publicación en el BMJ de este estudio, se habían publicado varios estudios de intervención sobre el efecto de la actividad física y de los tratamientos farmacológicos en la prevención de enfermedades crónicas. Este estudio compara por primera vez el resultado de las intervenciones de actividad física con las intervenciones de tratamientos farmacológicos en la prevención secundaria de enfermedades crónicas altamente prevalentes y más frecuentemente asociadas a mortalidad: enfermedad coronaria isquémica, ictus, fallo cardíaco, y diabetes. Los cuatro metaanálisis de ensayos clínicos de actividad física y los 12 metaanálisis de ensayos clínicos de medicación (varios tratamientos farmacológicos) que se incluyeron, evaluaron el efecto de la intervención sobre cada una de las cuatro enfermedades.

Cabe destacar, que el número de estudios de intervención de actividad física es considerablemente más bajo que el de estudios de intervención de tratamientos farmacológicos. De hecho, los autores critican la escasez de estudios de intervención de actividad física, la variedad de los estudios en cuanto a tipo, intensidad y duración del ejercicio, y que incluso solamente se hayan centrado en las cuatro enfermedades crónicas analizadas en este estudio.

A pesar de esta limitación, los resultados derivados de la combinación de los metaanálisis de estos estudios apoyan que la actividad física tiene un efecto de prevención secundaria frente a estas enfermedades, y en consecuencia, frente al riesgo de mortalidad, similar al de los tratamientos farmacológicos, e incluso un efecto beneficioso mayor en el caso de ictus.

En este estudio se ha empleado una técnica de metaanálisis novedosa, el metanálisis de efectos aleatorios "en red"

(random effects network meta-analysis). Esta técnica permite realizar comparaciones por pares (actividad física versus distintos tratamientos farmacológicos: i) enfermedad coronaria: estatinas, β -bloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antiplaquetarios; ii) ictus: anticoagulantes, antiplaquetarios; iii) fallo cardíaco: IECAs, diuréticos, β -bloqueantes, bloqueantes del receptor de angiotensina; iv) diabetes: inhibidores α -glucosidasa, biguanidas, IECAs, glinidas) de metaanálisis, tanto a nivel individual de los estudios que incluyen (comparación indirecta), como a nivel de la combinación de los mismos (comparación directa).

Los resultados del estudio tienen una gran trascendencia para la práctica clínica ya que ponen de manifiesto que la actividad física tiene beneficios similares a los tratamientos farmacológicos en la prevención de la mortalidad. La actividad física debe ser considerada, por lo tanto, una estrategia preventiva para la reducción de la morbi-mortalidad de las enfermedades crónicas.

Referencia

Naci H, Ionnadis JPA. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. BMJ 2013;347:15577. doi: 10.1136/bmj.f5577.

Enlace

<http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5577>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Panorámica mundial del accidente cerebrovascular**Carga global y regional de enfermedad por accidente cerebrovascular durante 1990-2010: hallazgos a partir del estudio de la Carga Global de Enfermedad 2010.**

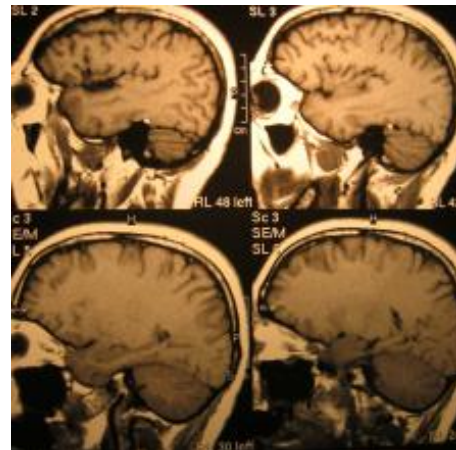
[Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010]

Resumen**Antecedentes**

Aunque el accidente cerebrovascular (AVC) es la segunda causa de muerte en el mundo, no hay estudios exhaustivos y comparables que hayan evaluado la incidencia, prevalencia, mortalidad, discapacidad, y tendencias epidemiológicas, para la mayoría de las regiones. Se han utilizado datos procedentes del estudio de la Carga Global de Enfermedades, Traumatismos y Factores de Riesgo 2010 (GBD 2010) para estimar la carga mundial y regional de accidente cerebrovascular durante el periodo 1990-2010.

Métodos

Se realizaron búsquedas en Medline, EMBASE, LILACS, Scopus, PubMed, Science Direct, Base de Datos Mundial de Salud, biblioteca de la OMS, bases de datos regionales y de la OMS 1990-2012 para identificar los estudios relevantes publicados entre 1990 y 2010. Se aplicó la técnica de análisis GBD 2010 (DISMOD-MR) basada en asociaciones específicas de enfermedad, o previamente especificadas entre la incidencia, prevalencia y mortalidad para calcular las estimaciones regionales y de países concretos sobre la incidencia de accidente cerebrovascular, prevalencia, mortalidad y pérdida de días de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos por grupo de edad (<75 años, ≥ 75 años, y en total) y el nivel de ingreso de los países (altos, medios y bajos ingresos) para 1990, 2005 y 2010.

**Resultados**

Se incluyeron 119 estudios (58 de países de ingresos altos y 61 de ingresos bajos y medios). De 1990 a 2010, la incidencia estandarizada por edad disminuyó de forma significativa en un 12% (IC 95%) en los países de altos ingresos, y aumentó en un 12% (-3 a 22) en los países de ingresos bajos y medianos, aunque no alcanzó significación estadística.

Las tasas de mortalidad se redujeron de forma significativa tanto en los países con ingresos altos 37% (31-41) como en los de ingresos medios y bajos 20% (15-30). En 2010, el número absoluto de personas con el primer ACV (16,9 millones), supervivientes al AVC (33 millones), muertes relacionadas (5,9 millones), y las AVAD perdidos (102 millones) fueron altas y habían significativamente aumentado desde 1990 (68%, 84%, 26% y 12%, respectivamente), con la mayor parte del peso (incidencia del 68,6%, prevalencia del 52,2%, mortalidad del 70,9% y 77,7% de AVAD perdidos) en los países de bajos ingresos y medios ingresos.

En 2010, 5,2 millones (31%) de los ACV se dieron en menores (con edades < 20 años) y en jóvenes y adultos de mediana edad (20-64 años), de los cuales aquellos procedentes de países con bajos y medianos ingresos contribuyeron con casi 74.000 (89%) y 4,0 millones (78%), respectivamente. Además, se ha observado diferencias geográficas significativas, entre tres y diez veces, en la carga de ACV entre las regiones y países. Por otro lado, más del 62% de los nuevos AVC, el 69,8% de los ACV prevalentes, el 45,5% de las muertes por ACV, así como el 71,7% de los AVAD perdidos, se dieron en personas menores de 75 años.

Interpretación

Si bien las tasas estandarizadas por edad de mortalidad por AVC han disminuido en todo el mundo en las últimas dos décadas, el número absoluto de personas que sufren un accidente cerebrovascular cada año, supervivientes, muertes relacionadas, y AVAD perdidos, son grandes y crecientes. Se necesitan más estudios para mejorar el conocimiento de los factores determinantes y la carga de la enfermedad del ACV en todo el mundo, y para establecer las causas de las disparidades y cambios en las tendencias de la carga de ACV entre países de niveles de ingreso diferentes.

Comentario

Este estudio es el primero en delimitar el peso global de accidente cerebrovascular a nivel mundial y por regiones (segunda causa de muerte tras la cardiopatía isquémica), en términos de incidencia, prevalencia, mortalidad y AVAD perdidos.

Las diferencias mostradas en la incidencia entre los países más desarrollados con respecto al resto pueden indicar que las estrategias para la prevención y tratamiento (dejar de fumar, control de la presión arterial, unidades de ictus agudos, etc) están dando resultados positivos. Lo contrario se ha demostrado en países de bajos y medios ingresos. Incluso las regiones de bajos ingresos y de ingresos medios con una relativamente baja incidencia y prevalencia de accidente cerebrovascular, como África subsahariana, tienen altas tasas de mortalidad por accidente cerebrovascular y una baja tasa de reducción de los AVAD perdidos.

La significativamente mayor prevalencia de accidentes cerebrovasculares en los países de ingresos altos que en los de bajos e ingresos medios, se asocia con una asociación inversa entre la prevalencia de ictus y mortalidad por accidente cerebrovascular y AVAD perdidos.

Este estudio pone de relieve la gran proporción de pacientes con ACV menores de 75 años. Un aumento en la prevalencia de la diabetes, la hipercolesterolemia, la obesidad, tabaquismo, abuso del alcohol y uso de drogas ilícitas se ha sugerido como una posible explicación para estos hallazgos.

Los estudios prospectivos basados en registros poblacionales son métodos ideales para proveer información confiable y óptima sobre la epidemiología. Sin embargo estos registros son difíciles de poner en práctica por el coste y tiempo necesario para poder llevarlo a cabo.

Este trabajo muestra claramente que, a pesar de algunas mejoras en la prevención del ictus y de gestión en los países de altos ingresos, el crecimiento y el envejecimiento de la población mundial está dando lugar a un aumento del número de pacientes jóvenes y ancianos con ictus. Estos hallazgos han dado lugar a una editorial en la misma revista aseverando la importancia de los datos aportados [1]

Referencia

Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennet DA et al, on behalf of the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010 (GBD 2010) and the GBD Stroke Experts Group. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Diseases Study 2010. Lancet 2013; 6736(13)61953-4.

[1] Giroud M, Jacquin A, Bejot Y. The worldwide landscape of stroke in the 21st century. Lancet 2013; 6736(13)62077-2.

Enlace

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61953-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61953-4/abstract)

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62077](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62077)

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Las desigualdades socioeconómicas y la salud de las poblaciones: una mirada a través de las enfermedades infecciosas

Desigualdades en salud, la crisis financiera y enfermedades infecciosas en Europa

[*Health inequalities, the financial crisis, and infectious disease in Europa*]

Resumen

Las desigualdades sociales en Europa, entre países y dentro de ellos, pueden ocasionar graves consecuencias en la salud. Las desigualdades en salud están reñidas con los principios de solidaridad, justicia e igualdad de oportunidades para todos. En 2009, la Comisión de las Comunidades Europeas reconoce la necesidad de actuar frente a ellas y describir pasos específicos para conseguirlo, publicando "Solidaridad en salud: reducir las desigualdades de salud en la UE", que implica a las políticas de salud de los estados miembros y sus organizaciones. En este contexto, el Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés) ha priorizado el trabajo de las desigualdades de salud en relación a las enfermedades infecciosas (EI). Existen diferencias sistemáticas y evitables de las EI entre grupos sociales que difieren en los ingresos, la educación, la ocupación, etc. Los ciudadanos mas pobres y desfavorecidos tienden a sufrir una mayor carga de enfermedad y una mayor probabilidad de experimentar enfermedades y discapacidad como resultado de ellas.



La recesión económica iniciada en 2007, ha hecho que muchos gobiernos tengan presupuestos muy ajustados, lo que también ha tenido un impacto negativo en muchas personas, sobre todo en los grupos más vulnerables. El ECDC está comprometido en acometer aquellos cambios y objetivos de estrategias basadas en la evidencia y en las mejores prácticas promulgadas por los estados miembros para medir y mejorar las desigualdades en salud de sus países. Estas actividades son especialmente importantes durante tiempos de crisis, ya que pueden ayudar a minimizar los resultados en salud no deseados de los recortes y la desaparición de programas de salud pública. Este artículo resume algunas tareas llevadas a cabo por el ECDC en esta área y describe y planifica los siguientes trabajos. Verdaderamente, medir y modificar las desigualdades en salud de las EI no es tarea sencilla, pero es esencial si queremos que en Europa existan el principio de solidaridad y aspirar a una población sana.

Comentario

El informe publicado por Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades, el pasado mes de octubre, parte de una serie de premisas:

- La igualdad en salud es un derecho fundamental universal y una prioridad europea.
- Los determinantes socioeconómicos tienen un gran impacto en el control de las EI, es ampliamente conocida la relación entre ellos y la enfermedad, y existe desigualdad con anterioridad a la crisis
- La crisis financiera, que ha originado un fuerte descenso del crecimiento económico y una alta tasa de desempleo, exacerba las desigualdades sociales y favorece, en el caso que nos ocupa, la extensión de las EI, con una amplia evidencia acumulada. La crisis económica conlleva un menor gasto en actividades de prevención y en programas de salud pública, que afectan especialmente a los grupos mas desfavorecidos y con peores condiciones de vida.

Los determinantes sociales se solapan creando minorías que acumulan vulnerabilidades. Para demostrar los múltiples y complejos caminos que afectan a la vulnerabilidad para EI, el ECDC analiza múltiples relaciones que afectan un amplio grupo de EI, grupos vulnerables y en todos los países (índice de riqueza, educación, desempleo juvenil, entorno donde vivimos).

Las minorías mas vulnerables, con múltiples determinantes soportan una parte desproporcionada de la carga de EI, que afecta especialmente a la infección VIH, la TBC y las EI prevenibles mediante vacunación (poblaciones migrantes y gitanos).

El informe concluye que los estados miembros de la EU deben: actuar para disminuir las desigualdades en salud, informar de los avances en la evidencia y comunicar las mejorar prácticas.

Otras publicaciones hacen especial hincapié en las enfermedades susceptibles de prevención mediante vacunación, como el caso reciente de la aparición de casos agudos de poliomielitis en Siria, tras 14 años sin ningún caso declarado, por deterioro de los programas de salud pública y también en Israel. Previamente ocurrió en Pakistan

por temas políticos-religiosos, país donde ha mejorado la aparición de casos por una mejor educación de la población. La poliomielitis también ha emergido en varios países africanos (Somalia, Kenia, Etiopía y Sudáfrica) por las mismas razones, que hacen muy difícil el objetivo de su erradicación mundial en 2018 (Global Polio Eradication Initiative), a pesar de los grandes avances conseguidos.

Europa es vulnerable, de manera sorpresiva, desde que fue declarada libre de polio en 2002, no sólo por esta situación (casos importados), también porque se han relajado los programas de vacunación en algunos países o las coberturas son subóptimas.

Referencia

European Centre for Disease Prevention and Control. Health inequities, the financial crisis, and infectious disease. Stockholm: ECDC; 2013.

Enlace

http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Health_inequalities_financial_crisis.pdf

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Invertir en educación y salud no solo es bueno para la salud; también lo es para el crecimiento económico

Invertir en el sector sanitario: ¿promueve o inhibe el crecimiento económico?

[Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth?]

Resumen

Antecedentes

En la presente etapa de recesión económica ¿es la actual provisión de servicios sanitarios sostenible en Europa, o son los recortes los que dañan el crecimiento económico? El presente debate se centra en la cuestión de si el gasto público tiene efectos positivos o negativos sobre el crecimiento económico. En el presente estudio, se evalúan los efectos económicos de las diferentes alternativas de gasto de los gobiernos a través de la estimación de "multiplicadores fiscales" (la rentabilidad de la inversión por cada dólar de gasto público) .

Métodos

Utilizando modelos de efectos fijos transnacionales de 25 países de la Unión Europea durante el periodo 1995-2010, cuantificamos los multiplicadores fiscales, tanto antes como durante la recesión iniciada en 2008.

Resultados

Se encontró que el multiplicador del gasto público total fue de 1,61 (IC del 95%: 1,37 a 1,86), existiendo marcada heterogeneidad entre los tipos de gasto.

El rango de los multiplicadores fiscales osciló desde -9,8 para la defensa (IC del 95%: -16,7 a -3,0) hasta 4,3 para la salud (IC del 95% : 2.5 a 6.1) . Estas diferencias parecen explicarse por los diferentes grados de absorción del gasto público en la economía doméstica. Mientras el gasto en Defensa se relaciona con déficits en la balanza comercial significativamente mayores ($\beta = -7,58$, $p = 0,017$), el gasto en salud y educación no tuvo efecto en el mismo ($p_{Education} = 0,62$; $p_{Health} = 0,33$).

Conclusión

Estos resultados indican que el gasto público en salud puede tener efectos a corto plazo que hacen que la recuperación económica sea más probable



Comentario

Buena parte de las discusiones durante esta larga fase de recesión económica han estado centradas en la capacidad de los gobiernos de promover o inhibir el crecimiento mediante sus políticas de inversión pública. Como señalaban los autores de este estudio en otros trabajos previos, las políticas de austeridad europeas y las medidas de incremento del gasto del gobierno Obama podrían ser dos formas diferentes de abordar el problema de la recesión.

Las variaciones en materia de política económica permiten disponer así de experimentos "cuasi naturales". En nuestro contexto europeo las políticas de austeridad parecen ser la "única alternativa posible" en las que el gasto público, y especialmente el relacionado con protección social, son considerados habitualmente sectores improductivos, una pesada carga que dificulta el crecimiento económico.

Los investigadores, analizan el efecto del gasto público sanitario en el crecimiento económico mediante el análisis de los multiplicadores fiscales. Los resultados sugieren un efecto significativo de crecimiento económico a través de las políticas de gasto público en general, y especialmente en las relacionadas con protección social (salud y educación).

Como señalan los autores, las implicaciones que pueden tener estos hallazgos en materia de política sanitaria son importantes: en primer lugar, corroboran la idea de que las políticas de austeridad exacerban las crisis económicas en lugar de mejorarlas. Pero además, no sólo confirman la idea de que la inversión en educación y salud mejoran el crecimiento económico a largo plazo, sino también a corto.

Referencia

Reeves A Basu S, McKee M,, Meissner C, Stuckler D.

Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? Globalization and Health 2013, 9:43

Enlace

<http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/43>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Cómo analizar evidencias en guías de práctica clínica y de evaluación

Manual para la elaboración de documentos basados en la evidencia. Herramientas derivadas del conocimiento científico

Resumen

Objetivo

El manual pretende ser una guía, accesible y fácil de consultar, que oriente a los profesionales en la elaboración o adaptación de documentos basados en la evidencia que ayuden a la estandarización de la práctica clínica y a la toma de decisiones velando siempre por la calidad de la misma de forma que siga unos referentes establecidos.

Material y métodos

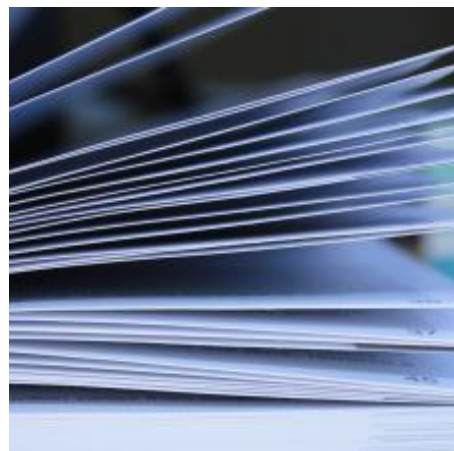
La Comisión de Atención Sanitaria Basada en la Evidencia (CASBE), perteneciente a la estructura de calidad del Hospital Universitario Virgen del Rocío, propuso elaborar un manual para la elaboración de documentos basados en la evidencia que incorpore la relación de productos, la descripción de sus características, atributos, utilidad, metodología de elaboración y ámbito de aplicación de cada uno de ellos.

Resultados

El manual contiene siete herramientas basadas en la evidencia, un capítulo sobre metodología de análisis crítico de la literatura científica, un capítulo con recursos en Internet y anexos con herramientas de evaluación.

Conclusiones

Este manual ofrece grandes oportunidades para la mejora de la calidad a los clínicos como guía de estandarización de la práctica asistencial, a los gestores como estrategia para promover y fomentar la elaboración de documentos que ayuden a reducir la variabilidad de la práctica clínica y a los pacientes la oportunidad de participar en la planificación de sus cuidados.



Comentario

Disminuir la variabilidad de la práctica clínica es una de las máximas de cualquier programa de calidad asistencial que se precie.

De hecho, en tiempos de crisis la disminución de la variabilidad, elemento por sí clave en la igualdad y equidad de atención en los servicios sanitarios, aparece como una de las claves de la sostenibilidad de los servicios sanitarios públicos.

Pero este objetivo es con frecuencia más un deseo que una realidad, pues el acuerdo entre profesionales sobre su práctica clínica es terreno difícil de conquistar para gestores sanitarios al uso.

Lo destacado de este artículo es que son un grupo de profesionales, de iguales, los que viendo la dificultad de desempeño de su labor en una comisión hospitalaria, deciden ponerlo negro sobre blanco y publicar sus recomendaciones sobre como analizar evidencia en guías de práctica clínica y en herramientas de evaluación.

Por tanto doble valor, una herramienta para profesionales y hecha por profesionales, que bien empleada puede convertirse en una excelente herramienta para hacer gestión clínica y disminuir variabilidad de práctica, lo que a la larga nos permitirá hacer sólo lo que tenemos que hacer y redireccionar recursos a otras áreas deficitarias.

Referencia

Carrión-Camacho MR et al. Manual para la elaboración de documentos basados en la evidencia. Herramientas derivadas del conocimiento científico. Rev Calid Asist. 2013;28(4):254-258

Enlace

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.09.008>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Unidades de gestión clínica y otros sistemas organizativos son tecnologías de la salud

El error de nuestra manera de hacer evaluación de tecnología sanitaria

[Offline: The error of our health technology assessment way]

Resumen

Al evaluar las tecnologías de la salud, parece razonable argumentar que el impacto, esto es, el objetivo que debiera perseguir dicha evaluación, debería equipararse con la efectividad. La efectividad clínica es lo que más importa a los pacientes. Con la gestión y resultados del servicio sanitario del Reino Unido en términos de mortalidad prematura (como el estudio de Carga Global de Enfermedad para el Reino Unido ha concluido) en donde "persistente y significativamente" los resultados son peores que el promedio de la Unión Europea, no puede haber lugar para la complacencia acerca de si la investigación sobre el sistema sanitario está produciendo la evidencia correcta para mejora la salud de la nación. Es ahora el momento de cuestionar el énfasis de los programas de evaluación de las tecnologías sanitarias basado exclusivamente en la efectividad.



El primer error de los programas de evaluación de tecnología sanitaria es definir con frecuencia tecnología de la salud exclusivamente en términos de dispositivos, medicamentos, y los procedimientos médicos y quirúrgicos. La "tecnología" incluye también los "sistemas de organización y de apoyo dentro de la cual la atención se proporciona". Los que estudian tecnologías sanitarias puede tener poco interés en estos "sistemas organizativos y de apoyo". Sin embargo, la última década ha visto un movimiento creciente en torno a una ciencia de los sistemas sanitarios, teniendo a la equidad como misión, tanto como a la efectividad. Los programas de evaluación de tecnologías sanitarias deberían ser campeones en pro de la investigación sobre le equidad de los sistemas sanitarios. No lo son.

La evaluación de tecnología sanitaria debería incluir los sistemas organizativos y de apoyo en donde las distintas tecnologías sanitarias son proporcionadas. No lo hace.

Hay dos conclusiones que se podrían extraer de la evaluación de la tecnología sanitaria en estos últimos 20 años, tanto en el Reino Unido como en otros lugares.

En primer lugar, que un dispositivo, medicamento, o procedimiento médico o quirúrgico efectivos no han sido plenamente evaluados hasta que su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y la calidad de cómo se proporciona ha sido medida entre todos los segmentos de la población. La efectividad clínica es sólo la mitad de la historia de la evaluación de la tecnología sanitaria. La otra mitad es la equidad.

Y en segundo lugar, que los sistemas sanitarios han sido excluidos, de forma incorrecta, de las definiciones de tecnologías sanitarias. Los sistemas de salud son tecnologías de la salud.

Comentario

Cuando pensamos en el concepto de tecnologías para la salud, frecuentemente imaginamos dispositivos, aparatos, equipamientos electromédicos o dispositivos físicos que constituyen un soporte valioso para alcanzar un diagnóstico o proporcionar un tratamiento o rehabilitación de una enfermedad o lesión.

Sin embargo, la definición completa de tecnologías para la salud (OMS, 2001) incorpora no solo las infraestructuras físicas (dispositivos, medicamentos, productos biológicos, instalaciones sanitarias,...), sino los sistemas lógicos, de apoyo u organizativos (procedimientos médicos o quirúrgicos, guías clínicas asistenciales, sistemas de apoyo, sistemas organizativos,...) que son componentes críticos y esenciales que se han definido y elaborado para atender y resolver los problemas de salud, y para mejorar la calidad de vida.

En este sentido, tecnología sanitaria son los componentes físicos pero del mismo modo es el componente de conocimiento estructurado en sistemas organizacionales en el que la atención de salud es proporcionada.

Si en gran medida muchos de ellos comparte grandes similitudes en la disponibilidad de tecnologías sanitarias físicas (desde medicamentos, hasta dispositivos tecnológicos de exploración o tratamiento,...) ¿por qué razón los desempeños de los servicios sanitarios son distintos en términos de efectividad clínica? ¿O lo son en términos de equidad?

El autor del artículo, Richard Horton, editor de la revista Lancet, plantea una interesante reflexión: los sistemas

organizativos, desde los microsistemas clínicos hasta las formas organizativas mayores, forman parte del componente tecnológico de la atención de salud; y éstos debieran ser evaluados no sólo desde la perspectiva de la efectividad clínica sino incorporando la perspectiva de la equidad.

Cuestión ésta que, señala, es un reto pendiente para la evaluación de las tecnologías sanitarias y que debiera ser, en estos tiempos de manera especial, una misión central de los programas de evaluación. Por el impacto en salud que implica.

Referencia

Horton R, Offline: The error of our health technology assessment ways, Lancet 2013 oct 25; 382 (9901): 1318

Enlace

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62103-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62103-0)

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Modelo estadístico para evaluar la verdadera eficacia de los programas de vacunación antigripal**Evaluación de la Población objetivo óptima para los Programas de vacunación antigripal: Una Síntesis de la Evidencia y estudio de modelización**

[Assessing Optimal Target Populations for Influenza Vaccination Programmes: An Evidence Synthesis and Modelling Study]

Resumen**Antecedentes**

Se necesitan políticas de vacunas de la gripe que maximicen los beneficios mediante el uso eficiente de los recursos limitados. Generalmente, los programas de vacunación de la gripe se centran en los individuos a partir de los 65 años de edad y en algunas poblaciones de riesgo de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Se desarrollaron métodos para sintetizar los múltiples datos disponibles para evaluar cómo cambiar la población diana en los programas de vacunación estacional podría afectar a las tasas de infección y mortalidad.

Método y resultados

Mediante un planteamiento basado en la síntesis de la evidencia disponible, se usaron datos virológicos, clínicos, epidemiológicos y comportamentales para desarrollar un modelo de transmisión de riesgo estratificado por edad que reproduce el comportamiento específico del virus de la gripe durante 14 estaciones en Inglaterra y Gales, teniendo en cuenta la cobertura de vacunación en ese periodo. Se estimó la reducción de las infecciones y las muertes registradas en el programa histórico, en relación con la no vacunación y las distintas políticas en vigor durante ese periodo. Se ha descubierto que los programas actuales han evitado 0,39 infecciones por dosis de vacuna (intervalo de credibilidad 95 % 0,34-0,45) y 1,74 (1,16 a 3,02) muertes por cada 1000 dosis. La orientación hacia los transmisores mediante la extensión del programa actual a los niños de 5 a 16 años podría aumentar la eficacia del programa, teniendo como resultado la reducción de 0,70 (0,52-0,81) infecciones por dosis y 1,95 (1,28-3,14) muertes por cada 1000 dosis. En comparación, elegir el siguiente grupo más a riesgo (50-64 años podría prevenir sólo el 0,43 (0,35-0,52) de las infecciones por dosis de vacuna y 1,77 (1,15-3,14) muertes por cada 1000 dosis.

Conclusiones

En este estudio se propone un marco para integrar los datos de vigilancia de gripe en los modelos de transmisión. La aplicación a los datos de Inglaterra y Gales confirma el papel de los niños como clave en la transmisión de la infección. El uso más eficiente de la vacuna para reducir la morbilidad y mortalidad general de la gripe implica llegar a los niños además de a los adultos mayores.

**Comentario**

El artículo propone un modelo estadístico que permite simular los posibles impactos que puede tener sobre la salud pública las modificaciones en las poblaciones dianas de las campañas de vacunación antigripal. En la época que estamos, en la que más que nunca se deben optimizar los recursos para que con el menor gasto posible se consiga el mayor impacto en términos de reducción de morbi-mortalidad, resulta del todo interesante tener en cuenta estas conclusiones. En ningún momento se debe olvidar que las campañas de vacunación no solo deben tener por objetivo la mejora de la salud individual (objetivo que se consigue con las coberturas vacunales actuales), si no que deberían tener como prioridad mejorar la salud general de la población. En este sentido resulta del todo lógico tener que plantearse la vacunación de los principales transmisores de la enfermedad, estos son, en el caso de la gripe, los niños (de 5 a 16 años). Dirigir las campañas de vacunación a estos grupos de edad, implicaría disminuir la morbi-mortalidad no solo en la población vacunada, si no también en la población general, al reducir las probabilidades de transmisión de la enfermedad. Resulta interesante tras los años de andadura de la campaña de vacunación antigripal, en los que poco se ha variado las indicaciones de la misma, evaluar de forma objetiva qué impacto tienen estas campañas en cuanto a morbi-mortalidad evitada, pero sobre todo cómo se pueden mejorar. Quizá y a la luz de los resultados de este modelo, es el momento de ampliar estas campañas, o tal como apunta el artículo incluir dicha vacunación en los programas de salud escolar. Ciertamente la tendencia en la práctica clínica diaria es la de generalizar cada vez más su uso, y sistematizar la vacunación a las poblaciones infantiles es un reto asumible teniendo en cuenta el gran impacto que tendría en cuanto a mejora de la salud poblacional.

Referencia

Baguelin M, Flasche S, et al. Assessing Optimal Target Populations for Influenza Vaccination Programmes: An Evidence Synthesis and Modelling Study. PLOS Medicine 2013,10 (10): e1001527

Enlace

<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001527>

Acceso Libre

Revisiones

Editoriales de Open Access (Acceso Abierto) sin escrúpulos estafan a científicos**¿Quién teme a la revisión por pares?***[Who's Afraid of Peer Review?]***Resumen**

John Bohannon presentó 304 versiones de un trabajo falso de investigación para ser publicado en revistas de acceso abierto bajo el nombre de, por ejemplo, Ocorrafo Cobange, falso biólogo del inexistente Wassee Institute of Medicine de Asmara. El trabajo describe un fármaco milagroso obtenido mediante investigaciones poco éticas en el uso de animales de experimentación, además de otras prácticas de dudosa moralidad. Más de la mitad de las revistas aceptaron la publicación del artículo, previo pago de su importe. Las revistas que aceptaron la publicación están alojadas en plataformas de titanes de la industria editorial, como Elsevier o Sage, o son publicadas por prestigiosas sociedades e instituciones académicas como la Universidad de Kobe (Japón). El manuscrito fue acepto, incluso, por el Journal of Experimental & Clinical Assisted Reproduction, aun tratando un tema totalmente inadecuado. Otra revista pertenece a Medknow, una empresa con sede en Mumbai (India) que fue comprada en 2011 por otra gran industria editorial: Wolters Kluwer.



El trabajo surge como consecuencia de una reunión de los editores de Science y tras comprobar que parte del contenido de las normas de la revista de acceso abierto Public Health Research está copiado del prestigioso Journal of Polymer Science, revista publicada por Wiley desde 1946.

Bohannon seleccionó 304 revistas: 167 procedentes de DOAJ (Directory of Open Access Journals), 121 de la lista de Jeffrey Beall, bibliotecario de la Universidad de Colorado que recopila editoriales "depredadoras", y 16 revistas que están en ambos listados. A todas envió una versión diferente del artículo generada por ordenador para mantener el mismo contenido científico pero con evidentes errores, inexactitudes e, incluso, clara falta de ética en la investigación. Para darle mayor credibilidad, el trabajo estaba escrito en un inglés pobre. Combinaciones aleatorias de nombres en Swahili e instituciones africanas permitieron obtener firmas y afiliaciones de los autores.

El manuscrito fue aceptado por 157 revistas y rechazado por 98; las 49 revistas que quedan parecen páginas web abandonadas. Los resultados muestran que Beall es bueno en la detección de los editores con mal control de calidad pues el 82% de los editores de su lista aceptó el manuscrito. La mala noticia es que un 45% de los editores de DOAJ aceptaron el falso manuscrito.

Comentario

No es la primera vez que tenemos noticias de publicaciones en revistas científicas de falsos trabajos. Uno de los últimos es el publicado en Metalurgia Internacional (2013). Bajo el curioso título de Evaluation of Transformative Hermeneutic Heuristics for Processing Random Data, los autores se presentan disfrazados con pelucas y bigotes postizos y citan trabajos del cantante Michael Jackson (2000), Bernoulli (2012, aunque el famoso matemático murió en 1782) o Laplace (2013, muerto en 1827). El trabajo pasó las evaluaciones por pares (peer review) y fue publicado en una revista de pago que tiene Factor de Impacto. La novedad del presente artículo es que se refiere a revistas de acceso abierto (OA en sus siglas inglesas).

El título del artículo lleva a error: los científicos no temen la revisión por pares sino que, normalmente, son reacios a publicar en revistas OA por si no son de calidad. Así, el trabajo relata que la revista PLOS One rechazó su publicación por el contenido del mismo. Precisamente la pertenencia del autor a la editorial de Science, revista de pago, ha sido una de las observaciones que se ha hecho al estudio.

Publicar en OA no es malo, pero hay que mantener los niveles de calidad. El problema viene cuando grandes editoriales están comprando plataformas de acceso abierto, como Springer comprando BiomedCentral, o incorporan a sus paquetes revistas, de OA o no, de dudosa calidad, como ScienceDirect de Elsevier, según ha quedado constatado en el estudio. Como siempre, conviene consultar con la biblioteca.

Referencia

Bohannon J. Who's Afraid of Peer Review? Science. 2013 [consulta 18 de noviembre de 2013]; 342(6154): 60-5.

Enlace

<http://www.sciencemaq.org/content/342/6154/60.full>

Acceso libre

Revisiones

¿Medicina socializada frente a Medicina capitalista?**Medicina Socializada frente a Medicina capitalista: ¿personas o dinero?****Resumen**

En Estados Unidos existen centros sanitarios de Atención Primaria parecidos a los españoles, con equipos de médicos de familia y demás profesionales en los que realizan todo tipo de actividades médicas, incluidas extracciones sanguíneas, ECG, Radiología, Cirugía menor, visitas domiciliarias, a residencias y a pacientes ingresados en los hospitales.

Desde el punto de vista clínico existen pocas diferencias en las consultas de los pacientes. Da la impresión que son los mismos pacientes con los mismos problemas de salud. Incluso los abordajes diagnósticos y terapéuticos parecen similares, lo que sugiere similitudes en la formación de los médicos de familia con los españoles. Si bien los médicos de familia americanos prestan menos atención a la entrevista clínica.

Los centros de salud están interconectados por sistemas de información con otros centros y hospitales de la misma compañía aseguradora. Todos tienen la receta electrónica conectada con las farmacias.

El trabajo de enfermería es diferente, ofrecen servicios de enfermería, pero no de consulta como en España. Además de los centros de salud o clínicas, con equipos de trabajo, también existen los médicos individuales con un número determinado de pacientes. Son médicos "todo terreno" con una atención muy centrada en sus pacientes, pero como dice el editorial "son una especie a extinguir".

En los centros de salud y hospitales solo se atiende a los pacientes que tienen suscritas pólizas de seguro con las compañías aseguradoras. Si un paciente no tiene póliza suscrita debe pagar íntegramente la asistencia.

La asistencia solo cubre, aquello que esté previamente contratado, incluida la farmacia, que puede ser cubierta en su totalidad o sólo en parte.

**Comentario**

Atendiendo a la forma de organizarse, bien en equipos de trabajo o con profesionales solitarios, y viendo la tipología de los pacientes, los motivos de consulta y la formación clínica de los profesionales, pudiera parecer que estamos hablando de dos sistemas parecidos.

La gran diferencia entre ambos sistemas está en el sistema de acceso al sistema sanitario. Solo se atienden a los pacientes que tienen suscritas pólizas con las compañías aseguradoras. Si un paciente no tiene una póliza suscrita, simplemente no se le atiende o debe pagar íntegramente la asistencia. Si bien la mayoría de los ciudadanos tiene pólizas a través de sus empresas o de forma privada, las pólizas no lo cubren todo, solo cubren lo previamente contratado y el precio de la póliza va creciendo en la medida que se van incluyendo prestaciones.

Existen muchos casos, en los que los ciudadanos no pueden afrontar los gastos médicos originados por su enfermedad y entran en serios problema económicos, o abandonan los tratamientos por no poder costearlos, porque a pesar de tener pólizas suscritas, los precios de las visitas médicas y de los tratamientos, les pueden suponer a los pacientes unos costes considerables.

Los centros disponen de alta tecnología y muchos recursos para la atención de los pacientes. Las demandas judiciales de los pacientes son muy frecuentes, bastante más que en España. Incitadas por despachos de abogados que se publicitan a la salida de los centros sanitarios. La industria farmacéutica realiza intensas campañas publicitarias invitando a los pacientes a solicitar determinados fármacos a sus médicos para que se los prescriban. Todo ellos eleva los costes sanitarios que al final son repercutidos a los pacientes, bien pagando de su bolsillo la atención sanitaria o a través e elevadas pólizas de seguro.

Sin embargo, a pesar de la tecnología y el elevado coste, no se ha logrado disminuir las tasas de mortalidad.

El editorialista acaba con una visión crítica del sistema sanitario norteamericano, que puede ser de una injusticia social intolerable, en comparación con el español y acaba sintiéndose orgulloso de vivir y trabajar en un país como España que en los últimos 30 años ha sido capaz de ofrecer a sus ciudadanos un sistema de salud universal, público, de calidad y gratuito en su acceso.

Referencia

Medicina socializada frente a Medicina capitalista: ¿personas o dinero? Atención Primaria 2013, 45(9) 445-447

Enlace

<http://www.elsevier.pt/es/revistas/atencion-primaria-27/artigo/medicina-socializada-frente-medicina-ca>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias

Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: Un estudio cualitativo

Resumen

Este artículo se centra en describir los obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica clínica asistencial diaria basada en la evidencia.

Método

Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas llevado a cabo durante 2010-2011. Se incluyeron a 11 profesionales de Enfermería seleccionados intencionalmente de hospitales y centros de salud públicos de las provincias de Jaén y Córdoba. Se realizó un análisis de contenido tomando como referencia a Miles y Huberman que comprendía las siguientes fases: reducción de los datos; presentación de datos y conclusiones/verificación de los datos. Se alcanzó saturación en la información sobre las categorías presentadas (obstáculos).

Resultados

Se agruparon en 3 categorías los principales obstáculos percibidos por las enfermeras para incorporar evidencias en su práctica habitual: obstáculos relacionados con los propios profesionales (prácticas ancladas en la rutina, actitudes reacias e inmovilistas y carencias formativas en la práctica clínica basada en evidencias), obstáculos relacionados con el contexto social (conductas de oposición de otros profesionales y pacientes o familiares) y obstáculos relacionados con el contexto organizacional (culturas obsoletas que no fomentan la innovación en los cuidados enfermeros).

Conclusiones

Se pone de manifiesto la permanencia de distintos factores que dificultan la utilización de resultados de investigación en la práctica clínica. Los resultados subrayan la necesidad de cambiar la cultura de las organizaciones sanitarias para poder motivar a los profesionales y romper con las actitudes de resistencia que impiden la implementación de evidencias.



Comentario

El resultado de este estudio, que concuerda con el de otros estudios, refleja la escasa aplicación de evidencias y el peso que la tradición, la rutina y el bagaje profesional ejercen aún en los cuidados enfermeros. Conseguir la utilización sistemática de hallazgos científicos es un proceso complejo no exento de barreras. Entre los principales obstáculos de origen personal encontramos la falta de conocimiento e información, así como el desinterés y diversas actitudes inmovilistas que dificultan proporcionar cuidados de excelencia. Además, el rol subordinado de la enfermera frente a la hegemonía médica y el desencuentro con pacientes y familiares por actuaciones contrarias a los consejos que proporcionan las enfermeras, es otro elemento que dificulta un cambio de praxis en el contexto socio-profesional.

En el ámbito organizacional, el tiempo para leer o buscar artículos durante su jornada laboral es el recurso más demandado por las enfermeras que desean actualizar sus conocimientos.

Se considera necesario determinar la influencia del género, de la carga familiar y de la gestión del tiempo en el proceso de aplicación de evidencias si se desea llegar a entender el por qué de determinadas actitudes reacias e inmovilistas.

Referencia

Sánchez-García I, López-Medina M, Pancorbo-Hidalgo PL. Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: Un estudio cualitativo. *Enferm Clin*. 10/2013 (en prensa, disponible 11 octubre 2013).

Enlace

<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.09.001>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

¿Es la economía el mayor fraude de la historia?**Economía: ¿el mayor fraude jamás cometido en el mundo?***[Economics: the biggest fraud ever perpetrated on the world?]***Resumen**

¿Usas Twitter? Es un medio divertido pero también poderoso. Puedes divertir, incordiar, anunciar, informar, comunicar, y, ciertamente, molestar. A veces algunas palabras informales pueden dar lugar a una respuesta mucho más reflexiva. Recientemente, una noche de invierno oscuro, envié una sarta de tweets sobre el impacto del pensamiento económico sobre la salud. He sido testigo del poder de la economía para fortalecer las inversiones en salud global.

He visto a los economistas tomar un valioso y creciente liderazgo en la generación del debate sobre la ayuda al desarrollo para la salud. Y al pensar en sostenibilidad en la era post- 2015, he agradecido a los economistas su empeño en enfatizar que las formas tradicionales de pensamiento sobre el crecimiento económico, simplemente no son aplicables, si la sostenibilidad es nuestra principal preocupación.

Pero hay un pero. Los dogmas de la economía - la centralidad del mercado, la importancia de la competencia - han comenzado a influir, distorsionar, y dañar los valores en los que los sistemas de salud universales fueron construidos originalmente. El Instrumentalismo económico, la noción de que a menos que podamos demostrar el valor económico de una idea o una intervención, ésta será socialmente inútil, es dominante en la mayor parte de los gobiernos.

Vemos instituciones supuestamente dedicadas a la salud cómo incorporan en sus declaraciones de misión, la necesidad de generación de riqueza. La comunidad sanitaria ha actuado a menudo en connivencia con políticos con el fin de apaciguar a los economistas, que miden el valor sólo desde una métrica financiera. Es sin duda el momento de desafiar a los economistas, a su disciplina y sus argumentos, presentando una filosofía alternativa que ponga la vida por delante de los márgenes y el bienestar más allá del retorno de la inversión. El siguiente trabajo es una refutación por parte de tres respetados economistas, que están en completo desacuerdo con los diez tuits que envié. Espero que este diálogo provoque que tú tuitées también.

**Comentario**

Nadie puede negar a Horton, el director de Lancet su capacidad de provocación. Descubierta Twitter como instrumento de agitación, no deja de reflexionar en voz alta, con tanta acidez como agudeza sobre los principales problemas a los que se enfrentan los sistemas sanitarios.

En el pasado mes de septiembre envié una serie de tuits en los que criticaba con dureza la erosión de los valores fundamentales de los sistemas sanitarios universales por parte del dogma economicista dominante, el que desprecia cualquier idea o intervención que no lleve asociado un valor económico. Su ráfaga de argumentaciones comenzó con un titular demoledor: "La Economía, con permiso de la Gestión (Management), puede ser el mayor fraude jamás cometido en el mundo". Los que le siguieron tampoco le iban a la zaga. Por ejemplo: "la promesa que la economía ofrece es seductora: como asignar recursos escasos en una sociedad. Pero es una falsa promesa". O esta otra perla: "Los economistas ven la salud como un bien económico. Es sólo un coste de oportunidad sin valor intrínseco alguno".

Parkin, Appleby y Maynard, tres prestigiosos economistas del Kings Fund y la Universidad de York le dan una ponderada y exhaustiva réplica analizando cada una de sus provocaciones. Su argumentación es indudablemente solvente. Pero les falta el sentido del humor y de provocación que le sobra a Horton. Tan convencidos parecen de sus argumentos que no reparan en que algunos de ellos son harto discutibles. Negar que la economía prescindiera de la moral argumentando que también la física, la química y la biología sirven para elaborar armas de destrucción masiva, no se sabe si sorprende más por la ingenuidad de la acusación o por la aspiración encubierta de la Economía a formar parte de las ciencias experimentales.

En cualquier caso, debates como éste resultan tan refrescantes como imprescindibles

Referencia

Parkin D, Appleby J, Maynard A. Economics: the biggest fraud ever perpetrated on the world? Lancet 2013 Oct 12;382(9900):e11-5. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61178-2. Epub 2013 Oct 2.

Enlace

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

El impacto de la Ley antitabaco sobre la salud pública**Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010****Resumen**

Se ha evaluado el impacto que ha tenido la Ley 42/2010 sobre la salud pública en los dos primeros años de vigencia, en virtud de lo establecido en la disposición adicional undécima ("El Ministerio de Sanidad y Política Social deberá remitir a las Cortes Generales, con carácter bienal y durante los cuatro años siguientes a la entrada en vigor de la Ley, un informe de evaluación del impacto de esta reforma sobre la salud pública"). En particular, se han evaluado los efectos de esta ley sobre la exposición al humo ambiental del tabaco, la prevalencia del consumo de tabaco, la morbilidad asociada, el grado de implantación de la ley y la utilización de los servicios de deshabituación.

Se han utilizado los datos de:

1. Prevalencia de consumo de tabaco, procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de 2011-12.
2. Variación en la contaminación por humo ambiental de tabaco (HAT), del grupo de trabajo en tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE).
3. Morbilidad relacionada con el tabaquismo (asma: código 493 de la CIE-9MC, infarto agudo de miocardio: código 410 y otras formas de cardiopatía isquémica: códigos 411 y 413), obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
4. Evolución de las ventas del tabaco.
5. Percepción de la ciudadanía acerca de la Ley, según el Barómetro Sanitario y la encuesta de la Organización de Consumidores y Usuarios.
6. Utilización de los servicios/programas de deshabituación.



La implantación de la Ley 42/2010 ha supuesto una reducción global en la prevalencia de fumadores de 3 puntos porcentuales en 2011 (27%) con respecto a 2009 (29,9%). La proporción de abandono del consumo de tabaco ha aumentado desde un 40,6% en el año 2009 al 42,1% en el año 2011. En relación con la exposición al humo ambiental del tabaco, se ha observado una reducción drástica (más del 90%) en los niveles de nicotina y de PM_{2,5}. Las tasas de ingreso por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica y asma en 2011, año en que entró en vigor la ley, han descendido notablemente. La ley también ha tenido un efecto importante sobre las ventas de productos del tabaco, sobre todo en relación con las ventas de cigarrillos, que han descendido un 16,7% entre los años 2011 y 2010. La ley ha sido bien aceptada por la ciudadanía. En general, todas las CCAA han velado por el cumplimiento de la ley y todas han intensificado los servicios/programas de deshabituación.

En los dos primeros años de vigencia de la Ley 42/2010, el impacto sobre la salud pública ha sido, en general, positivo.

Comentario

Algunos resultados del informe que también son destacables son:

Desde la entrada en vigor de la Ley 42/2010 se ha interrumpido la estabilización en el consumo de tabaco del período 2006-2009, y se observa una tendencia de disminución en el consumo del tabaco en ambos sexos, aunque de manera más notable en los hombres. Se ha constatado también que la presencia de fumadores en el exterior de los locales se relaciona con una mayor exposición a humo ambiental de tabaco en el interior de los locales.

En cuanto a la reducción en los ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica y asma, el descenso es más claro y acusado en el caso del infarto agudo de miocardio, sobre todo durante el período 2005-2011, coincidiendo con los años de aplicación de la Ley 28/2005 y su modificación 42/2010. En el caso del asma, es de destacar que los niños y niñas han sido los máximos beneficiarios de esta ley: el descenso anual de tasas de hospitalización por asma infantil ha sido de un 20,1% y un 15,7%, respectivamente.

No obstante, hay que considerar que estos datos presentan como limitación el período corto de estudio y que no se hayan considerado otros factores que han podido influir en estos resultados como la exposición al humo ambiental del tabaco, otros factores de riesgo de estas enfermedades, etc. Por otro lado, no se ha podido evaluar el impacto de la ley sobre la mortalidad, debido a que los últimos datos de mortalidad disponibles corresponden al año 2010. La ley ha tenido un efecto importante sobre la venta de cigarrillos. Sin embargo, los cigarros y la picadura de pipa han

experimentando un incremento notable en las ventas (22,4% y 272,7%, respectivamente, entre los años 2011 y 2010). En cualquier caso, las ventas de los productos del tabaco también se han podido ver afectadas por el aumento de la carga impositiva aprobada en diciembre de 2010 por el Real Decreto Ley 13/2010.

El informe concluye que la Ley 42/2010 ha tenido un impacto positivo sobre la salud pública. No obstante, el período de tiempo analizado (2 años) es relativamente corto como para emitir una valoración completa y concluyente. Será necesario evaluar también sus efectos a medio y largo plazo para otras enfermedades que también están asociados al consumo del tabaco, como por ejemplo el cáncer, debido a que el tiempo que media entre el consumo de tabaco y el desarrollo de esta enfermedad es de entre 10 y 20 años.

Referencia

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010.

Enlace

<http://ep00.epimq.net/descargables/2013/10/08/59081bd38f9d789babbd0f1>

Acceso libre

Revisiones

Hitos en el conocimiento de la enfermedad cardiovascular: Estudio Framingham**El Estudio Framingham y la epidemiología de la enfermedad cardiovascular: una perspectiva histórica**

[The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective]

Resumen

El día 29 de septiembre de 2013, el Estudio Framingham ha cumplido 65 años desde el examen del primer voluntario en 1948. Durante este periodo, el estudio ha proporcionado sustanciales avances en el conocimiento de la epidemiología y los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular (ECV). El origen de este estudio está estrechamente relacionado con la salud cardiovascular del Presidente Franklin D Roosevelt y su prematura muerte por cardiopatía hipertensiva e ictus en 1945.

En esta revisión se describen los principales eventos basados en el Estudio Framingham y aporta una breve visión histórica de algunas contribuciones seleccionadas del estudio.

**Comentario**

La muerte prematura del presidente Roosevelt por ictus e hipertensión, el desconocimiento de las causas de ECV y la escasez de medidas terapéuticas, por un lado, la ECV como principal causa de muerte en EEUU y la creación en 1948 del National Heart, Lung and Blood Institute, por otro, fueron el origen del Estudio Framingham, que "estudiará la expresión de la enfermedad coronaria en población normal no seleccionada y determinará los factores que predisponen a su desarrollo a través de un largo periodo de seguimiento". A partir de ese momento, ¿Qué ha conseguido el estudio?:

1. Seleccionar una ciudad (Framingham, Massachusetts).
2. Reclutar varios grupos sucesivos de participantes: grupo original (Original Cohort), hijos del primer grupo (Offspring Cohort), grupo interracial Omni, tercera generación del grupo original y parejas de los "offspring" y un segundo grupo Omni.
3. Realizar una serie de hallazgos de primera magnitud, que nadie cuestiona hasta hoy:
 - 1957. Incremento de la incidencia de enfermedad coronaria (EC) en personas participantes con hipertensión arterial (HTA). Años más tarde demostraron su relación con el ictus.
 - 1961. Generalizan el término factor de riesgo y da pie al desarrollo de las escalas de cálculo de riesgo, culminando en 1998 con la escala que estima el riesgo a 10 años y clasifica en bajo, intermedio y alto riesgo de una futura EC.
 - 1971. Fuerte asociación entre presión arterial (PA) sistólica elevada y EC, igual a la PA diastólica y mejor predictor que ésta para ictus e insuficiencia cardiaca (IC).
 - 1971. Establecen los criterios diagnósticos de la IC, que se mantienen hasta la actualidad, identificando la HTA como uno de los principales factores de riesgo. Además añade un peor pronóstico y su desarrollo es independiente de haber tenido un infarto de miocardio.
 - 1977. Las guías recogen por primera vez la importancia del control adecuado de la PA (1er Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure).
 - 1978. Demuestran que la fibrilación auricular (FA) no reumática es un potente factor de riesgo de ictus.
 - Desde mediados del siglo pasado, demuestran la relación de la EC con factores de riesgo metabólicos: Diabetes (mayor mortalidad, e incremento sustancial de la IC), relación inversa con el nivel de ColesterolHDL y directa con el Colesterol LDL y obesidad.
 - Desde 2002. Estudio de factores de riesgo genéticos y ambientales de ECV y extensión a otras etnias escasamente representadas en la cohorte inicial (Omni 1 y 2).

¿Qué más se puede pedir?

Referencia

Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The Lancet*, 2013 (published online)

Enlace

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61752-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61752-3)

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

La preparación con lactobacilos y bifidobacterias no previene la diarrea asociada a antibióticos en población anciana

Lactobacilos y bifidobacterias en la prevención de diarrea asociada a antibióticos y diarrea por *Clostridium difficile* en pacientes ancianos hospitalizados (PLACIDE): un estudio aleatorizado, multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo

[*Lactobacilli and bifidobacteria in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea and Clostridium difficile diarrhoea in older inpatients (PLACIDE): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial*]

Resumen

Antecedentes

La diarrea asociada a antibióticos (DAA) se produce con mayor frecuencia en los pacientes hospitalizados (≥ 65 años) expuestos a antibióticos de amplio espectro. Cuando es causada por *Clostridium difficile*, DAA puede resultar en una enfermedad potencialmente mortal. Aunque los mecanismos de las enfermedades subyacentes no se comprenden bien, preparaciones microbianas han sido evaluados en la prevención de DAA. Sin embargo, los estudios han sido en su mayoría pequeños, en un centro único con calidad variable, proporcionando datos insuficientes para evaluar de forma fiable su eficacia. El objetivo fue hacer un estudio de eficacia pragmático en pacientes mayores hospitalizados que fuesen representativos de los ingresados en el Servicio Nacional de Salud (NHS Reino Unido) y en instituciones de atención secundaria similares, y reclutar a un suficiente número de pacientes para generar un resultado valorable.



Métodos

Se realizó un estudio de eficacia pragmático multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, de pacientes hospitalizados de 65 o más años y expuestos a uno o más antibióticos por vía oral o parenteral. La asignación al azar generada por ordenador se utilizó para asignar a los participantes (en una proporción de 1:1) para recibir ya sea una preparación de lactobacilos y bifidobacterias, con un total de 6×10^{10} organismos, uno al día durante 21 días, o un placebo idéntico. Los pacientes, personal del estudio, y los analistas de muestras y datos fueron cegados a la asignación. Los resultados primarios fueron la aparición de DAA dentro de las 8 semanas y de diarrea por *C. difficile* (CDD) dentro de las 12 semanas. Este ensayo se ha registrado con el número ISRCTN7001720.

Resultados

De 17.420 pacientes examinados, 1.493 fueron asignados al azar al grupo de preparación microbiana y 1.488 al grupo de placebo. 11470 y 1.471, respectivamente, se incluyeron en el análisis de los principales criterios de valoración. La DAA (incluyendo CDD) se produjo en 159 (10,8%) participantes en el grupo de preparación microbiana y en 153 (10,4%) participantes en el grupo placebo (riesgo relativo [RR] 1,04 , IC 95% 0,84 -1,28 , $p = 0,71$) . CDD fue una rara causa de DAA y se produjo en 12 (0,8%) en el grupo de preparación microbiana y 17 (1,2%) de los participantes en el grupo placebo (RR 0,71 , IC del 95% 0,34 -1,47 $p = 0,35$) . 578 (19,7%) participantes tuvieron uno o más graves eventos adversos; la frecuencia de eventos adversos graves fue muy similar en los dos grupos de estudio y ninguno fue atribuido a la participación en el ensayo.

Interpretación

No se demostró que una preparación de lactobacilos y bifidobacterias fuera efectiva en la prevención de la DAA o CDD. Es necesaria una mejor comprensión de la fisiopatología de la DAA para orientar futuros estudios.

Comentario

En este estudio se demuestra la escasa utilidad de preparaciones antimicrobianas para prevenir la DAA en pacientes hospitalizados mayores.

La falta de eficacia probablemente se deba al escaso conocimiento de la fisiopatología asociada a la DAA que probablemente incluyan mecanismos específicos de los antibióticos causantes de la diarrea, variación de la flora bacteriana en cada paciente, edad, tipo de enfermedad que provoca el ingreso, etc.

Una dificultad añadida fue la escasa participación de los pacientes invitados a participar en el estudio, probablemente por la falta de voluntad de las personas que ya reciben medicamentos, a tomar una preparación

adicional. Esta dificultad debe tenerse en cuenta en el desarrollo de nuevas intervenciones en personas mayores, muchos de ellos con comorbilidades asociadas.

Otro aspecto que es importante resaltar es que en un número no despreciable de casos, la diarrea fue de corta duración y no se obtuvo cultivo de heces hasta en el 46% de los casos, lo cual limita aún más los resultados del estudio.

Referencia

Allen SJ, Wareham K, Wang D, Bradley C, Hutchings H, Harris W, et al. Lactobacilli and bifidobacteria in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea and Clostridium difficile diarrhoea in older inpatients (PLACIDE): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Lancet. 2013 Oct 12;382(9900):1249-57

Enlace

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613612180#>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)