



Sección de Medicina basada en evidencia

Hospital Juárez de México
Grupo de Medicina Basada en Evidencia
Año 5. Boletín No. 8. Agosto 2004.

“La victoria pertenece al que más persevera...”
Napoleón

BIBLIOTECA COCHRANE

Nutrición enteral precoz en enfermos críticos

Artículo: Manik PE, Zaloaga GP. Early enteral nutrition in acutely ill patients: a systematic review. Crit Care Med 2001; 29: 1526-31.

Antecedentes. El soporte nutricional se considera fundamental en el tratamiento de los enfermos críticos. Hasta hace unos años era una práctica habitual dejar al enfermo sin nutrición enteral durante cinco-siete días y aportar los nutrientes por vía parenteral.

Esta práctica se fundamentaba en que muchos enfermos graves (traumatizados, postoperados) presentan paresia gastrointestinal a la que se ha atribuido una disminución de la tolerancia a la nutrición enteral.

Las complicaciones asociadas a la nutrición parenteral frente a la enteral y la demostración de que la administración precoz de nutrición por vía entérica mejora el balance nitrogenado, la inmunidad, incrementa la capacidad antioxidante celular, disminuye la respuesta hipermetabólica al daño tisular y preserva la integridad de la mucosa intestinal, han favorecido la introducción de la nutrición enteral precoz en el tratamiento de los enfermos críticos, en los últimos años.

Sin embargo, los beneficios descritos están fundamentalmente basados en datos experimentales, ya que la investigación clínica ha mostrado resultados menos robustos.

Tipo de estudio. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con metaanálisis.

Intervenciones específicas incluidas en la revisión

Nutrición enteral precoz. Administración de alimentación por vía enteral en las primeras 36 horas tras el ingreso en el hospital o después de una cirugía.

Nutrición enteral tardía. Administración de alimentación por vía enteral después de las primeras 36 horas tras el ingreso en el hospital o después de una intervención quirúrgica.

Tipos de pacientes

Criterios de inclusión. Adultos postoperados o politraumatizados o con traumatismo craneoencefálico o quemados o con patología médica crítica.

No se encontró ningún ensayo clínico con pacientes críticos médicos que cumpliera los criterios de inclusión.

Desenlaces principales:

1. Número de infecciones.
2. Días de estancia en el hospital.
3. Mortalidad hospitalaria.
4. Número total de complicaciones no infecciosas.

No se incluyen en el cuadro 1, ya que no se definen en el texto.

Tipo de estudios. Criterios de inclusión: ensayos clínicos aleatorizados que incluyeran a los pacientes y las intervenciones previamente descritos y que evaluaran, al menos, uno de los desenlaces anteriormente enumerados.

Fuentes consultadas, términos de la búsqueda e idioma, fuentes:

1. Medline (1966-agosto de 2000).
2. Revisión bibliográfica de todos los artículos encontrados.
3. Bibliografía de artículos de revisión.

Términos de búsqueda. Bien definidos.

Periodo de búsqueda. 1966 a agosto de 2000.

Idioma. No consta.

¿Cómo se seleccionaron los artículos primarios? La selección se hizo independientemente por los dos autores.

Criterios usados para estimar la calidad de los estudios primarios incluidos. Ninguno.

¿Cómo se extrajeron los datos? La extracción de los datos se hizo independientemente por los dos autores.

Estudios incluidos (Fig. 1).



Resultados principales (Cuadro 1).

Información sobre costes. No consta.

Financiación del estudio. No consta.

LA OTRA EVIDENCIA

Una de cada diez mujeres presenta depresión, proporción tres veces superior que en varones

Nueve por ciento de las mujeres presenta depresión, casi tres veces más que los varones, según indicaron expertos participantes en el IV Encuentro Nacional sobre Salud y Medicina de la Mujer, que se celebra estos días en Madrid. Los datos indican que sólo 20% de las mujeres deprimidas están diagnosticadas.

A juicio de los especialistas, una de las causas más importantes de esta situación es el estrés, “que está creciendo de manera importante entre las mujeres”, informaron los organizadores del evento.

En este sentido, el Dr. Jesús de la Gándara, jefe del Servicio de Psiquiatría del Área de Burgos, indica que entre los factores que repercuten más en las mujeres figuran las responsabilidades primordiales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, el cuidado de los niños y padres ancianos, además del puesto de trabajo que desempeñan fuera de casa.

“El estrés y la depresión se incrementan cuando la mujer asume un triple papel en la sociedad: es ama de

casa, cuida de sus hijos y además trabaja fuera del hogar”, señaló.

Para este especialista, aunque se sospecha que una variedad de factores únicos en la vida de la mujer juegan un papel muy importante en la depresión, casi siempre es un evento de estrés específico el que desencadena un episodio depresivo.

De hecho, la incidencia es mayor para las separadas o divorciadas, y menor para las casadas. Este especialista consideró que la calidad de un matrimonio, sin embargo, puede contribuir significativamente a la depresión. Así, diversos estudios han demostrado que la falta de una relación de intimidad y confianza, en combinación con problemas maritales graves, están relacionados con la depresión en la mujer. En concreto, las tasas de incidencia de depresión más altas son en las mujeres con matrimonios infelices.

NOTICIAS

Factores biológicos y genéticos determinan la dependencia a las drogas

La OMS publica el informe “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas”.

La dependencia a las drogas está determinada por factores biológicos y genéticos, según las conclusiones de un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud, titulado “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas”.

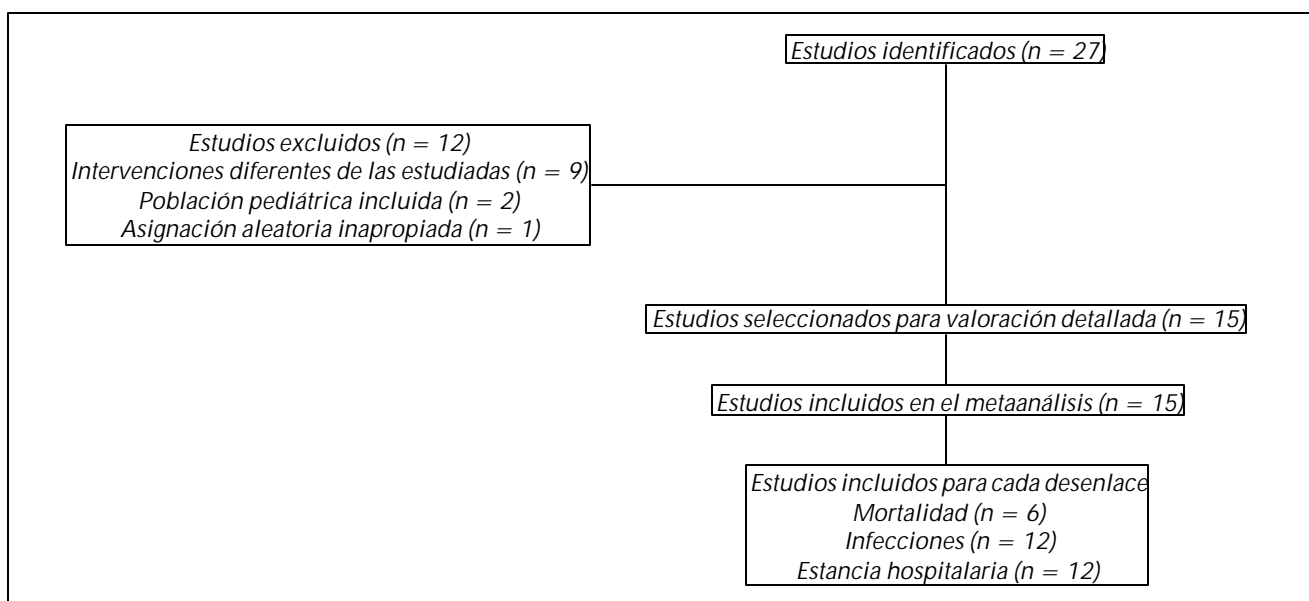


Figura 1.

Cuadro 1.

Desenlace (número de estudios) (No. Pacientes)	Nutrición < 36 horas	Nutrición > 36 horas	
Infecciones (n = 12) (n = 603)	19.2%	41.4%	RR = 0.45 (0.30-0.66)* NNT = 4(3-7)
Días de estancia en el hospital (n = 12) (n = 489)			Reducción media 2.2 días (0.81-3.63)*
Mortalidad (n = 6) (n = 297)	8.1%	11.5%	RR = 0.74 (0.37-1.48)* NNT, no aplicable

Este documento recopila las últimas novedades que han aportado investigaciones neurocientíficas sobre el deseo compulsivo, la tolerancia y el concepto de dependencia a las drogas, y cuenta con la participación de Rafael Maldonado, de la Universidad Pompeu Fabra, experto español en investigaciones sobre *cannabis*. “Hemos comprobado que existe un determinismo genético que en algunas personas favorece una mayor vulnerabilidad a las drogas”, destacó este especialista.

Los investigadores han llegado a esta conclusión tras distintos estudios realizados en modelos animales y en usuarios de drogas, a los que se les ha detectado un polimorfismo genético común que determina su tipo de adicción, concretamente modificaciones en los receptores opioides o dopaminérgicos, canales neurológicos a través de los que las drogas actúan en el cerebro.

Desde hace tiempo, los expertos saben que el cerebro contiene docenas diferentes de receptores y neurotransmisores. El informe resume la información actual sobre el modo en que las sustancias psicoactivas mimetizan los efectos de los neurotransmisores y cómo interfieren en el funcionamiento cerebral normal.

Por otra parte, el documento examina la interacción de los genes con distintos factores ambientales en el mantenimiento de los comportamientos psicoactivos en el consumo de drogas. El documento insta a los gobiernos a “tomar conciencia de la compleja naturaleza de estos problemas de los procesos biológicos que subyacen a la farmacodependencia”.

“La comunidad internacional de salud pública tiene que prestar más atención a los problemas sanitarios y so-

ciales asociados con el consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, y con la dependencia de esos productos, y es necesario dar una respuesta normativa apropiada para abordar esos problemas en diferentes sociedades”, destaca el director general de la OMS, Lee Jong-wook.

La aportación de Maldonado al informe de la OMS se refiere a la *cannabis* y se extraen dos conclusiones principales: esta sustancia no es inocua y las consecuencias de su consumo se agravan cuanto antes se empieza a fumar esta hierba. “Se han descrito problemas en la concentración en personas que comenzaron a consumir antes de los 16 años”, destaca.

Por ello, este experto recomienda a los gobiernos intentar reducir la edad de inicio. Según sus datos, en España 36% de los jóvenes entre 14 y 18 años ha probado esta sustancia y 22% la consume de manera habitual.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: ¿ESTÁN BASADAS EN LA EVIDENCIA?

INTRODUCCIÓN

Bandolier siempre ha mostrado su interés en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y en su elaboración. Las GPC son una gran idea porque, en teoría, deberían condensar las mejores evidencias y experiencias disponibles sobre un determinado tema. Si así fuera, cualquier profesional sanitario que las aplicara podría aspirar (dentro de unos límites razonables) a estar realizando su práctica clínica al mismo nivel que los mejores expertos en ese ámbito. En



las páginas web de Bandolier pueden encontrarse ejemplos de buenas guías.

VARIABILIDAD DE LAS GUÍAS

En realidad, las GPC se elaboran siguiendo metodologías diversas y existe una gran variabilidad en las recomendaciones realizadas por diferentes guías sobre un mismo problema. Un interesante ejemplo proviene de Newcastle y se refiere a las guías sobre anticoagulación en la fibrilación auricular disponibles en el Reino Unido.

En 1996 se contactó con expertos y organizaciones de Inglaterra, Gales y Escocia –que fueran representativas tanto de los proveedores como de los usuarios del sistema sanitario– para identificar las GPC disponibles sobre este tema. Entre ellas se encontraban entidades oficiales del Sistema Nacional de Salud (NHS) a nivel regional y nacional, asociaciones profesionales e instituciones de beneficencia y miembros de comités de audit clínico.

Se consideraron como GPC todos aquellos documentos elaborados para ayudar a los clínicos a decidir qué pacientes debían recibir tratamiento anticoagulante. No se aceptaron ni borradores ni documentos diseñados específicamente para unidades especializadas ni materiales elaborados para monitorizar el tratamiento con warfarina. Cuando fue posible, se entrevistó a los autores de las guías empleando un cuestionario semiestructurado para identificar con exactitud la metodología de elaboración.

Las guías seleccionadas se aplicaron a 100 pacientes consecutivos de más de 65 años con fibrilación auricular, identificados mediante una encuesta comunitaria. Además, se extrajo información relevante sobre factores de riesgo de accidente cerebrovascular y sobre contraindicaciones del tratamiento.

RESULTADOS

La tasa de respuesta global fue de 66% (350/534) y se obtuvieron 48 documentos, de los cuales 20 cumplían los criterios de inclusión. Éstos oscilaban entre una página y 28 páginas, estaban fundamentalmente dirigidos a médicos generales y afectaban a poblaciones entre 12,000 y 500,000 pacientes.

Estas guías no habían sido elaboradas de forma sistemática. La mitad de las guías habían sido elaboradas por un grupo pequeño de profesionales, y la otra mitad había sido elaborada por un solo autor. Aproximadamente la mitad de las guías había recibido algún tipo de colaboración externa, pero la cuarta parte no había sido sometida a ningún proceso de revisión. La distribución habrá sido errática y tan sólo una minoría había sido presentada a través de reuniones formativas. Tan sólo una guía identificada explícitamente como “basada en la evidencia”, en su elaboración habían participado colaboradores externos (un economista de la salud y un clínico); además, había sido evaluada por revisores externos y adaptada localmente, y había tenido una extensa distribución apoyada en reuniones formativas para su diseminación.

Cuando las guías seleccionadas se aplicaron a los 100 pacientes del estudio, la indicación de tratamiento anticoagulante variaba entre 13 y 100 pacientes (Fig. 2). Sólo un paciente había recibido tratamiento, según todas las guías, pero todos los pacientes hubieran recibido tratamiento de acuerdo con las recomendaciones de al menos dos guías (aunque no las mismas dos). Los valores del INR considerados como metas terapéuticas oscilaban entre 1.2-1.5 y 2.5-3.0.

GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

Otro ejemplo, éste sobre la “evidencia basada en las GPC” nos llega de Grecia. Los investigadores identificaron to-

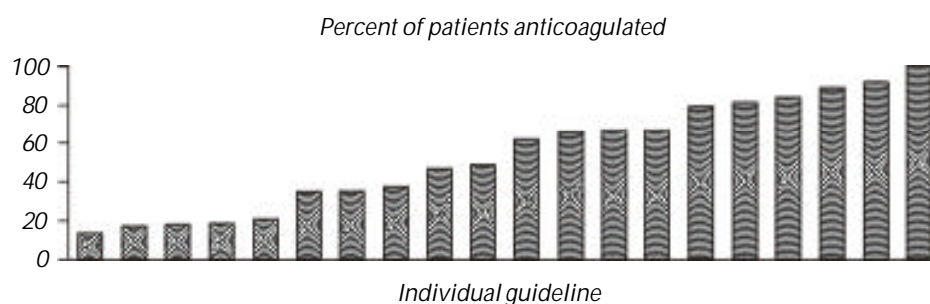


Figura 2. Porcentaje de pacientes con indicación de anticoagulación según las guías de anticoagulación para la fibrilación auricular disponibles en el Reino Unido (aplicadas a 100 pacientes seleccionados).

Cuadro 2. Clasificación de las referencias citadas en 191 GPC (publicadas en seis revistas médicas de prestigio)

Referencias	Número	Porcentaje del total
Referencias totales en 191 G.P.C.	4,853	100
Ensayo clínico aleatorizado	393	8.1
Revisión sistemática	19	0.4
Metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados	23	0.5
Metaanálisis de estudios epidemiológicos	11	0.2
Libros/folletos/prospectos/ impresos	719	14.8
Resúmenes	122	2.5

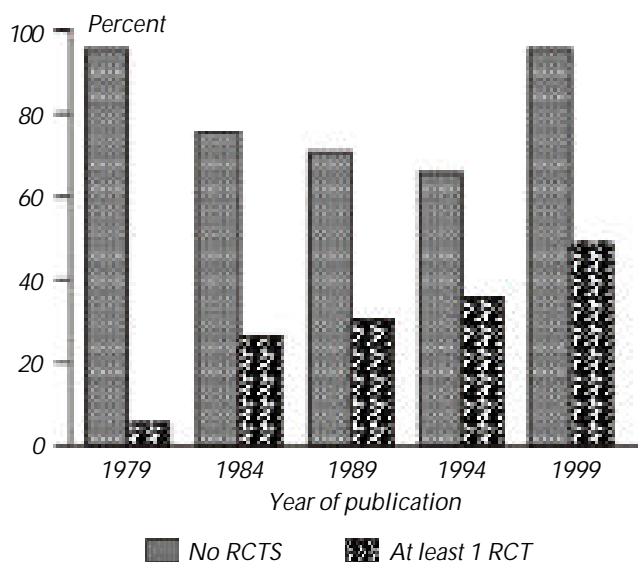


Figura 3. Porcentaje de referencias de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) en 191 guías de práctica clínica según el año de publicación.

das las guías publicadas durante 1979, 1984, 1989, 1994 y 1999 en seis revistas médicas de elevado prestigio publicadas en inglés (*Annals of Internal Medicine*, *BMJ*, *JAMA*, *NEJM*, *Lancet*, *Pediatrics*). Se seleccionaron todos los artículos que contenían las palabras “*guidelines*” o “*recommendations*” en el título o en el resumen y que se referían a intervenciones terapéuticas o preventivas.

En cada guía se clasificaron una por una las referencias citadas según cuatro epígrafes: ensayo clínico alea-

torizado, revisión sistemática, metaanálisis o ninguno de los anteriores. Se comprobaron todas las referencias a través de los resúmenes de MEDLINE y cuando existían dudas –o cuando la fecha de publicación era anterior a 1966– se revisó el texto completo del artículo original. Para las guías que no citaban ninguna revisión sistemática o menos de dos ensayos clínicos, se realizó una búsqueda paralela en MEDLINE hasta la fecha de publicación de la guía.

RESULTADOS

Se identificaron 191 guías, que provenían fundamentalmente de los Estados Unidos (86%). La mayoría tenía autoría colectiva y habían sido elaboradas por grupos de trabajo (84%). De las 191 guías, sólo 12 (6%) habían realizado una revisión sistemática, y 130 (68%) no mencionaban ninguna de las lagunas de la evidencia existentes.

Treinta y seis guías (19%) no aportaban referencias bibliográficas. Muy pocas referencias citadas eran ensayos clínicos (Cuadro 2). Sólo 18% eran ensayos clínicos aleatorizados, menos de 1% eran revisiones sistemáticas o metaanálisis de ensayos clínicos o estudios epidemiológicos. La proporción de guías que no citaban ningún ensayo clínico disminuyó de 195% en 1979 a 153% en 1999 (Fig. 3). Sólo una guía de cada 10 citaba alguna revisión sistemática o metaanálisis.

Treinta y nueve guías no citaban ninguna revisión sistemática o referenciaban menos de dos ensayos clínicos aleatorizados. Dado que 30 guías provenían de la revista *Pediatrics*, se seleccionaron aleatoriamente 10 guías, y se realizó una revisión secundaria de 19 de estas guías. Para 12 de las 19 guías se localizaron ensayos clínicos relevantes no citados. El número de ensayos clínicos no citados identificados osciló entre uno y 194, dependiendo del tema.

COMENTARIO

Las guías de práctica clínica (GPC) son importantes y están proliferando. Pueden ser de ámbito individual, local, regional o nacional, y a menudo coexisten diferentes versiones de la misma guía. Las GPC deben ser actualizadas regularmente y, lo que es aún más importante, deberían estar basadas en la mejor evidencia científica disponible. Sin embargo, la evidencia demuestra que muchas, quizás la mayoría, no están basadas en la evidencia.

De los dos trabajos comentados, uno evalúa las guías específicas para una condición clínica disponible en el Reino Unido, y el otro analiza de forma genérica las guías publicadas por las revistas médicas –provenientes



de los Estados Unidos en su mayoría. Ambos trabajos llegan a la misma conclusión: cuando se evalúan críticamente, las GPC no tienen la calidad que debiéramos exigirles. La revisión griega, además, valora los parámetros asociados a las referencias basadas en la evidencia de las guías. Las que son financiadas por los gobiernos y por las asociaciones profesionales son peores que las que están financiadas por las universidades o por las empresas privadas (léase industria farmacéutica). La moraleja final es que no podemos confiar ciegamente en ninguna guía sin antes realizar una valoración crítica sobre la metodología de elaboración y sobre la evidencia que sustenta las recomendaciones.

Solicitud de sobretiros:**Editor responsable:** Dr. José Manuel Conde Mercado**Diseño Editorial:** Verónica Conde & Brício Llamas,
Sociedad de Cirugía del Hospital
Juárez de México, S.C.

Av. Instituto Politécnico Nacional # 5160

Col. Magdalena de las Salinas

Del. Gustavo A. Madero.

C.P. 07760.

México, D.F.

Tel. y fax directo: 5747-7611

Tel. del conmutador: 5747-7560,

Ext: 322 y 324

Correo electrónico:www.

basterisco.com vero@basterisco.com