

Los 20 estudios de investigación más destacados de 2024 para el ámbito de Atención Primaria

16/12/2025

La colección anual de [American Family Physician \(AFP\)](#) recoge los 20 mejores POEMS de 2024, para la atención primaria (AP), en los que se aborda una variedad de temas con el potencial de cambiar la práctica clínica habitual. Estos estudios, se valoraron en función de su **relevancia clínica, validez y resultados**. Conocidos como **POEM**, patient-oriented evidence that matters - evidencia relevante orientada al paciente-, los estudios están organizados por temas específicos y se resumen con una pregunta clínica, una respuesta final y una breve discusión.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS	
<p>1. ¿Cuál es el tratamiento oral más eficaz para la neumonía adquirida en la comunidad de leve a moderada?</p> <p>Kutortschka PK et al. 2024</p>	<p>Levofloxacino es el tratamiento <i>oral más eficaz</i> para la neumonía adquirida en la comunidad (NAC).</p> <p>Metaanálisis (MA) en red ($n=9.361$), con NAC leve a moderada confirmada radiológicamente; pacientes tratados inicialmente por vía oral y que informaron curación clínica o mortalidad.</p> <p>Levofloxacino, azitromicina y amoxicilina-clavulanato tuvieron más probabilidades de estar asociadas con una menor mortalidad, especialmente las quinolonas. Por clase de antibiótico, las quinolonas y los macrólidos fueron los más eficaces para la respuesta clínica, siendo la amoxicilina-clavulanato más macrólidos y betalactámicos menos eficaces.</p> <p>Se observó mejor respuesta clínica y una menor mortalidad con las quinolonas como antibióticos empíricos para la NAC, pero no se encontró evidencia concluyente de que algún antibiótico fuera claramente más eficaz que otro. Se necesitan más ensayos para hacer recomendaciones de las guías sobre los regímenes antibióticos más eficaces para pacientes ambulatorios con NAC leve a moderada.</p>
<p>2. ¿Los antivirales orales reducen la probabilidad de hospitalización o muerte en pacientes inmunodeprimidos con COVID-19 leve a moderado?</p> <p>Gentry CA et al. 2024</p>	<p>Los antivirales orales se asocian con una menor hospitalización y mortalidad en pacientes <i>inmunodeprimidos</i> con COVID-19 leve a moderada.</p> <p>Análisis retrospectivo, observacional. El criterio de valoración principal fue la combinación de <i>hospitalización o fallecimiento en los 30 días posteriores al diagnóstico</i>. Los criterios de valoración secundarios incluyeron las tasas comparativas a 30 días de hospitalización, fallecimiento, necesidad de cuidados intensivos y otros análisis según el uso de antivirales orales y el estado de vacunación. <i>El resultado primario compuesto fue significativamente menor</i> en pacientes que recibieron terapia antiviral oral en comparación con aquellos que no la recibieron (RP: 0,37; IC 95%, 0,22-0,61). Esta diferencia se debió en gran medida a menos muertes en el grupo antiviral oral (RP: 0,05; IC 95%, 0,007-0,38). No hubo una diferencia significativa en la tasa de requerimiento de cuidados intensivos. El resultado compuesto mejoró en pacientes vacunados (que completaron la primera serie o tuvieron dosis de refuerzo) que recibieron agentes antivirales orales en comparación con aquellos que no los recibieron.</p> <p>El uso de molnupiravir o nirmatrelvir-ritonavir se asoció con una menor incidencia de hospitalización o fallecimiento dentro de los 30 días posteriores al diagnóstico en veteranos estadounidenses con inmunodepresión, independientemente de su estado de vacunación. Estos hallazgos respaldan el uso de cualquiera de los dos antivirales orales en esta población de pacientes.</p>
<p>3. ¿Una sola inyección intramuscular de nirsevimab reduce la</p>	<p>Nirsevimab (NSV) reduce los <i>ingresos hospitalarios (IngHosp)</i> por el virus respiratorio sincitial (VRS) en bebés con riesgo promedio.</p>

<p>probabilidad de ingresos hospitalarios debido al VRS en bebés que no cumplen los criterios para recibir palivizumab?</p> <p>Drysdale SB_2023</p>	<p>ECA; n=8058 ≤ 12 m; 4.037 con <i>inyección única IM de NSV</i> y 4.021 con <i>atención estándar</i>. El criterio de valoración principal fue el <i>ingreso hospitalario (IngHosp)</i> por <i>infección de las vías respiratorias inferiores (IVRI)</i> asociada al VRS, definida como el IngHosp y un resultado positivo en la prueba del VRS. Un criterio de valoración secundario clave fue la <i>infección muy grave de las vías respiratorias inferiores (IGVRI)</i> asociada al VRS, definida como el IngHosp por IVRI asociada al VRS con una saturación de oxígeno < 90% y la necesidad de oxígeno suplementario. La hospitalización por IVRI asociada al VRS, mostró una eficacia de NSV del 83,2% (IC 95% 67,8 - 92,0) y en la IGVRI asociada al VRS se observó una eficacia de NSV del 75,7% (IC 95% 32,8 - 92,9).</p> <p>Nirsevimab con una sola dosis IM protegió a los lactantes contra el IngHosp por IVRI asociada al VRS y contra la IGVRI asociada al VRS en condiciones similares a las de la vida real.</p>
<p>4. ¿Es el tratamiento con antibióticos más efectivo que el placebo para resolver los síntomas de sinusitis aguda en niños?</p> <p>Conway SJ_2024</p>	<p>Los antibióticos son eficaces para los niños con sinusitis aguda.</p> <p>MA; 6 ECA; <i>síntomas presentes durante < 4 sem y son pacientes < 18 años</i>. Se observó que el <i>tratamiento con antibióticos redujo la tasa de fracaso de tratamiento (TFT)</i> en un 41% (RR: 0,59; IC 95% 0,49-0,72) en comparación con placebo.</p> <p>Limitaciones de este MA: Los estudios incluidos difirieron en su metodología; solo 3 estudios utilizaron los criterios actuales de la AAP para diagnosticar la sinusitis; solo 1 estudio utilizó una escala validada para evaluar la resolución de los síntomas para determinar el número de niños que fracasaron en el tratamiento, aunque, todos menos 1 estudio utilizaron escalas de calificación que incluían síntomas asociados con la sinusitis; los estudios también utilizaron definiciones variables para el fracaso del tratamiento; hubo heterogeneidad significativa entre los estudios, sin embargo, gran parte de la heterogeneidad observada se debió a un único estudio que se consideró con alto riesgo de sesgo, en el que los niños parecen haber tenido una enfermedad más grave; el MA comprendía pequeño número de estudios, pero se compensó con un ensayo reciente grande.</p> <p>En niños con sinusitis aguda diagnosticada clínicamente, los antibióticos redujeron significativamente la TFT en comparación con placebo. Sin embargo, dada la evolución natural favorable de la sinusitis, los resultados del MA también podrían justificar una observación estrecha sin tratamiento antibiótico inmediato.</p>
<p>5. ¿Es el benzoato de bencilo al 25% más eficaz para el tratamiento tópico de la sarna en adolescentes y adultos?</p> <p>Meyesburg D et al_2024</p>	<p>El benzoato de bencilo al 25% es muy eficaz contra la sarna.</p> <p>N=110; <i>infestación de sarna</i> verificada mediante dermatoscopia; 55 recibieron permetrina tópica al 5% y 55 recibieron benzoato de bencilo al 25%, ambos de uso diario, durante 3 días consecutivos. El tratamiento resultó en una tasa de curación verificada por dermatoscopia del 27 % en el grupo de permetrina y del 87 % en el grupo de benzoato de bencilo.</p> <p>El benzoato de bencilo al 25 % fue significativamente más eficaz que la permetrina al 5 % para el tratamiento de la sarna (NNT = 2). También se asoció con mayor irritación cutánea, pero este efecto se consideró leve a moderado y transitorio. Los resultados sugieren que el benzoato de bencilo es un tratamiento de primera línea adecuado para la sarna.</p>
<p>6. ¿Los probióticos orales o vaginales reducen la probabilidad de recurrencia de infecciones urinarias en mujeres</p>	<p>Los probióticos reducen la probabilidad de <i>infecciones urinarias recurrentes</i> en mujeres con infecciones urinarias frecuentes.</p> <p>ECA; n=174 mujeres premenopáusicas con antecedentes de <i>ITU recurrentes</i>; asignación aleatoria a 4 grupos: placebo (G1, placebo oral + placebo vaginal), probiótico oral (G2, bacterias lácticas y bifidobacterias orales + placebo vaginal), probiótico vaginal (G3, placebo oral + lactobacilos vaginales) y combinación de</p>

<p>premenopáusicas con infecciones urinarias frecuentes?</p> <p><u>Gupta V et al. 2024</u></p>	<p>probióticos (bacterias lácticas y bifidobacterias orales + lactobacilos vaginales), durante 4 meses. Se valoró el número de ITU sintomáticas a los 4 meses, la proporción de participantes con al menos una ITU sintomática y el tiempo transcurrido hasta la primera ITU sintomática. La incidencia de <i>ITU a los 4 meses en G1, G2, G3 y G4 fue del 70,4%, 61,3%, 40,9% y 31,8%</i>, respectivamente. La media de recurrencias de ITU sintomáticas a los 4 meses fue <i>significativamente menor en G3 y G4 en comparación con G1 y G2</i>. Además, el tiempo hasta la primera ITU sintomática (días) fue significativamente mayor en G3 y G4 en comparación con G1 y G2. Los suplementos probióticos fueron bien tolerados sin efectos adversos graves.</p> <p>La suplementación profiláctica con probióticos vaginales o en combinación con probióticos orales demostró eficacia en la prevención de episodios sintomáticos recurrentes de infecciones urinarias.</p>
GASTROENTEROLOGÍA	
<p>7. ¿La amitriptilina en dosis baja titulada mejora los síntomas de SII en adultos en los que han fallado las terapias de primera línea? (ECA ATLANTIS)</p> <p><u>Ford AC. 2023</u></p>	<p>La amitriptilina en dosis bajas es eficaz como tratamiento de segunda línea para el Síndrome de Intestino Irritable (SII).</p> <p>ECA; 55 consultorios de médicos de AP de Inglaterra, entre el 18/10/2019-11/04/2022; $n=463 \geq 18$ años presentaban SII Roma IV de cualquier subtipo y síntomas persistentes (puntuación ≥ 75 en el Sistema de Puntuación de Gravedad del SII y se les asignó a tomar amitriptilina oral a dosis bajas (10 mg, 1 vez al día) o placebo durante 6 meses, con titulación de la dosis durante 3 semanas (hasta 30 mg una vez al día), según los síntomas y la tolerabilidad. Este estudio se componía principalmente de adultos con SII-D (diarrea) y SII-M (diarrea mixta y estreñimiento) de gravedad al menos moderada a pesar del tratamiento de primera línea.</p> <p>La amitriptilina en dosis bajas ajustadas resultó superior al placebo como tratamiento de segunda línea para el SII en AP en múltiples variables. Se recomienda amitriptilina en dosis bajas a los pacientes con SII cuyos síntomas no mejoran con las terapias de primera línea.</p>
<p>8. ¿Es seguro observar pacientes con enfermedad biliar sintomática sin complicaciones? (C-GALL-Trial)</p> <p><u>Ahmed I et al. 2023</u></p>	<p>Para los pacientes con cálculos biliares no complicados, el tratamiento conservador es una <i>opción razonable</i>.</p> <p>ECA; $n=434$ adultos ≥ 18 años con enfermedad biliar sintomática no complicada, evaluados entre 08/2016 y 09/2019; reciben tratamiento conservador o cirugía laparoscópica. Se valoró la efectividad clínica del tratamiento conservador en comparación con la colecistectomía laparoscópica para la prevención de síntomas y complicaciones en adultos con enfermedad biliar sintomática no complicada.</p> <p>A corto plazo (≤ 18 m), la cirugía laparoscópica no es más eficaz que el tratamiento conservador en adultos con colelitiasis sintomática sin complicaciones, por lo que el tratamiento conservador debe considerarse una alternativa a la cirugía. Las futuras investigaciones deberían centrarse en el seguimiento a largo plazo para determinar la eficacia y el efecto a largo plazo, e identificar la cohorte de pacientes a los que se les debería ofrecer cirugía de forma rutinaria.</p>
DIABETES MELLITUS (DM)	
<p>9. ¿Qué nuevos tratamientos para pacientes con DM2 afectan la mortalidad, los resultados CV y los resultados renales?</p> <p><u>Diabetes Care. (Enfoques farmacológicos para el</u></p>	<p>Los inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 (ISGLT-2) y los agonistas del receptor del glucagón tipo 1 (aGLP-1) son los mejores para mejorar los resultados orientados al paciente para la diabetes mellitus (DM2).</p> <p>Diabetes Care 2024: En la actualidad, existen múltiples ECA a gran escala que informan reducciones estadísticamente significativas en eventos cardiovasculares (CV) en adultos con DM2 tratados con ISGLT-2 o aGLP-1. Los pacientes en muchos de los ECA de resultados CV tenían $Hb A_{1c} \geq 6,5\%$, y $>70\%$ tomaba metformina al inicio del estudio; los análisis indicaban un beneficio con o sin metformina. En DM2 y ECVA</p>

<u>tratamiento de la glucemia: Estándares de atención en la diabetes 2024</u> ; <u>Drake T et al. 2024</u>	<p>establecida o indicadores de alto riesgo de ECVA, se recomienda incorporar ISGLT-2 y/o aGLP-1, ya que han demostrado tener un beneficio en la ECV. Datos actuales sugieren que el uso de ambas clases de fármacos proporcionará beneficios adicionales en los resultados CV y renales; por lo tanto, se puede considerar la terapia combinada con ISGLT-2 y aGLP-1. En ECA de resultados CV, empagliflozina, canagliflozina, dapagliflozina, liraglutida, semaglutida y dulaglutida tuvieron efectos beneficiosos en los índices de enfermedad renal crónica (ERC); por otro lado, estudios específicos de resultados renales han demostrado el beneficio de los ISGLT-2.</p> <p>Entre los nuevos tratamientos para personas con DM2, los ISGLT-2 y los aGLP-1 superan a los IDPP-4 y las insulinas de acción prolongada como monoterapia o terapia combinada en adultos con DM2, reduciendo la mortalidad por cualquier causa, los ECVM, la ERC y la IC. Los ISGLT-2 y los aGLP-1 también tienen menos probabilidad de causar hipoglucemia grave.</p> <p>Drake: MA; 84 ECA; ≥ 52 semanas, con inclusión de ≥ 500 adultos con DM2.</p> <p>En comparación con la atención habitual, los ISGLT-2 y los aGLP-1 reducen la mortalidad por todas las causas y los ECVM (o MACE), los ISGLT-2 reducen la progresión de la ERC y las hospitalizaciones por IC, y los aGLP-1 reducen el ictus, y los ISGLT-2 reducen los EAG y la hipoglucemia grave.</p>
10. ¿La monitorización continua de la glucosa ofrece un beneficio en comparación con la automonitorización tradicional en pacientes con DM2? <u>Seidu S et al. 2024</u>	<p>La monitorización continua (MGC) o intermitente (isMGC) de la glucosa es mínimamente eficaz y quizás perjudicial.</p> <p>RS y MA; 26 ECA con comparación de al menos dos intervenciones durante ≥8 semanas en pacientes con DM2, incluyendo MGC retrospectivo, MGC a corto/largo plazo, isCGM; n=2.783 con DM2.</p> <p>Limitaciones: tamaño reducido de las muestras; los resultados de un solo estudio; las variaciones poblacionales y la incertidumbre en adultos jóvenes. Además, la inclusión de menos de 10 estudios para la mayoría de los criterios de valoración limitó el análisis exhaustivo.</p> <p>Tanto la MGC como la isMGC demostraron una reducción en los niveles de HbA_{1c} en personas con DM2 y, solo el uso de isMGC se asoció con una mayor satisfacción del usuario. El impacto de estos dispositivos en la composición corporal, la presión arterial y los niveles de lípidos aún no está claro, mientras que el uso de ambas se asoció con un mayor riesgo de eventos adversos.</p>
11. ¿Qué medicamentos son más efectivos para lograr la pérdida de peso en adultos con sobrepeso u obesidad? <u>Shi Q et al. 2024</u>	<p>RS y MA en red; 132 ECA; n= 48.209; la evidencia, con una certeza alta a moderada, estableció que los aGLP-1 fueron eficaces para reducir peso (OR: 6,33; IC 95 %: 5,00 - 8,00); de los aGLP-1, la semaglutida podría ser el más eficaz. Aunque la naltrexona-bupropión (OR 2,69; IC 95%: 2,10 - 3,44), los aGLP-1 (2,22; IC 95%: 1,74 - 2,84) y el orlistat (1,71; IC 95%: 1,42 - 2,05) se asociaron con un aumento de eventos adversos que llevaron a la interrupción del tratamiento, es el combinado de naltrexona-bupropion la que mayores efectos adversos produce.</p> <p>En este análisis, los aGLP-1 fueron considerados como eficaces para lograr la pérdida de peso en adultos con sobrepeso u obesidad.</p>
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV)	
12. En pacientes con obesidad y ECV establecida sin diabetes, ¿la semaglutida mejora	<p>La semaglutida tiene efecto en pacientes con enfermedad ECV preexistente y sobrepeso u obesidad, pero sin diabetes.</p> <p>ECA multicéntrico; n= 17.604 ≥ 45 años, con enfermedad CV preexistente e IMC ≥ 27, pero sin antecedentes de DM; 8.803 recibieron semaglutida SC semanal (2,4 mg) y 8.801 placebo. Duración media de la exposición a semaglutida: 34,2 ± 13,7 m y la duración media del seguimiento fue de 39,8 ± 9,4 m. El criterio principal de valoración</p>

<p>los resultados cardiovasculares?</p> <p><u>Lincoff UM et al_2023</u></p>	<p>CV fue una combinación de muerte por causas CV, IAM no mortal o ictus no mortal en un análisis del tiempo transcurrido hasta el primer evento.</p> <p>Limitación importante: solo se incluyeron pacientes con ECV preexistente. No se estudiaron los efectos de la semaglutida en la prevención primaia (PP) de eventos CV en personas con sobrepeso u obesidad, sin DM, pero sin ECVA previa.</p> <p>La semaglutida en estos pacientes reduce el riesgo de IAM no mortal (NNT = 100), la muerte por cualquier causa y la IC como variables secundarias; sin embargo, no reduce la mortalidad CV ni los ictus por separado, ni los IngHosp por IC o por angor durante 40 m de seguimiento, a pesar del resultado obtenido de la variable principal combinada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cociente de riesgos (CR) para el criterio de valoración compuesto: 0,80 (IC 95 %, 0,72 - 0,90); • CR para la muerte por cualquier causa: 0,81 (IC 95 % 0,71 - 0,93) y • CR para la insuficiencia cardiaca (IC): 0,82; (IC 0,71-0,96). <p>No se puede generalizar ni asumir que este fármaco será eficaz para la PP de la ECV en pacientes con obesidad sin ECV establecida y sin DM.</p>
<p>13. ¿Los ISGLT-2 mejoran los resultados en adultos mayores o en aquellos frágiles con DM2 e IC?</p> <p><u>Aldafas R et al_2024</u></p>	<p>Los ISGLT-2 disminuyen las muertes CV en adultos mayores con DM2 e IC.</p> <p>RS y MA; 20 estudios (ECA y observacionales); n=77.083; se compararon los ISGLT-2 con placebo/otro hipoglucemante en personas con fragilidad o mayores >65 años con DM2 e IC.</p> <p>Los ISGLT-2 se asociaron con una reducción significativa en el riesgo de mortalidad por todas las causas (RR: 0,81; IC 95%: -0,69 - 0,95), muerte cardiaca (RR: 0,80; IC 95%: -0,94 - 0,69) y hospitalización por IC (RR: 0,69, IC 95%: 0,59 - 0,81). Sin embargo, los ISGLT-2 no demostraron un efecto significativo en la reducción del riesgo de eventos macrovasculares (síndrome coronario agudo u oclusión vascular cerebral), eventos renales (progresión renal/compuesto renal terminal, lesión renal aguda), empeoramiento de la IC, FA o cetoacidosis diabética.</p>
<p>14. En pacientes con fracción de eyección preservada (FEP) después de un IAM, ¿el uso prolongado de un beta bloqueantes (BB) reduce la probabilidad de muerte o de IAM posterior?</p> <p><u>Yndigegn T et al_2024</u></p>	<p>Los beta bloqueantes (BB) no previenen eventos de muerte o CV en pacientes con fracción de eyección preservada (FEP) después de un infarto agudo de miocardio (IAM).</p> <p>ECA en 45 centros de Suecia, Estonia y Nueva Zelanda; n= 5.020 con IAM sometidos a angiografía coronaria y con una FEVI ≥ 50%; entre 09/2017 y 05/2023; mediana de seguimiento= 3,5 años; en tratamiento con BB (metoprolol o bisoprolol) o placebo.</p> <p>En los pacientes con IAM y FEP, el uso de un BB durante una mediana de 3,5 años no redujo la probabilidad de muerte o de IAM posterior, en comparación con la ausencia de BB. Y tampoco mostró menor incidencia de los criterios de valoración secundarios (muerte por cualquier causa; muerte por causas CV, IAM, hospitalización por FA y hospitalización por IC.</p>
ADICCIÓN Y SALUD MENTAL	
<p>15. ¿Cuál es la mejor estrategia para dejar de fumar en adultos después del fracaso del tratamiento inicial con vareniclina o terapia combinada de reemplazo de nicotina?</p>	<p>Diversas intervenciones ayudan a los pacientes que no lograron dejar de fumar después de la vareniclina o la terapia combinada de reemplazo de nicotina (TCRN).</p> <p>ECA; n=490; recibieron vareniclina (2 mg/día) o terapia combinada de reemplazo de nicotina -TCRN - (parche de 21 mg y una pastilla de 2 mg) durante 6 sem; duración=12 sem. Tras 6 semanas, quienes no habían dejado de fumar fueron reasignados aleatoriamente para continuar, cambiar o aumentar la dosis del medicamento durante 6 semanas más. El estudio se llevó a cabo entre 06/ 2015 y 10/2019 en una clínica de tratamiento del tabaquismo de Texas.</p>

<u>Cinciripini et al. 2024</u>	<p>Limitaciones: 1. Los pacientes de la fase 1 que no consiguieron la abstinencia no tuvieron realeatorización y, por tanto, solo fueron expuestos a una estrategia de tratamiento. Se requerirá en futuras investigaciones mejorar la tasa de realeatorización, en especial los participantes que continúan tomando su medicación original como grupo de control. 2. El uso de pastillas de 2 mg frente a 4 mg puede haber limitado la efectividad del enfoque con TCRN para algunas personas que fuman más. 3. Aumentar el número de parches de 21 mg a 42 mg o aumentar la vareniclina a 3 mg, se considera prescripción fuera de ficha técnica. 4. Demostrar los beneficios a largo plazo de estas estrategias de tratamiento puede precisar un tamaño de muestra mayor. Se necesitan ensayos de seguimiento con más alternativas de terapia de rescate para brindar opciones de tratamiento más amplias en la práctica clínica.</p> <p>En pacientes que no lograron la abstinencia tabáquica a las 6 sem del tratamiento inicial con vareniclina, aumentar la dosis (de 2 a 3 mg/día) resultó en una tasa de abandono significativamente mayor que si se continuaba con la misma dosis durante un período más prolongado. El cambio a una TCRN no fue efectivo. En pacientes que no respondieron al tratamiento inicial con TCRN, aumentar la dosis (de un parche de 21 mg a un parche de 42 mg más pastillas) o cambiar a vareniclina resultó en una tasa de abandono significativamente mayor que si se continuaba con la misma dosis de TCRN.</p>
16. Para los fumadores que desean dejar de fumar, ¿los sistemas electrónicos de suministro de nicotina aumentan la probabilidad de abstinencia a los 6 m? <u>Auer R et al. 2024</u>	<p>Los cigarrillos electrónicos aumentan la abstinencia de fumar, pero en algunos casos el vapeo a largo plazo es una consecuencia.</p> <p>ECA abierto; N= 1.246; adultos fumadores \geq 5 cigarrillos al día y que deseaban fijar una fecha para dejar de fumar a un grupo de intervención, que recibió cigarrillos electrónicos gratuitos, asesoramiento estándar para dejar de fumar y TCRN opcional (no gratuita), o a un grupo de control, que recibió asesoramiento estándar y un cupón que podían usar para cualquier propósito, incluida la TCRN. El resultado primario fue <i>la abstinencia continua del tabaco</i>, validada bioquímicamente, a los 6 meses. Los resultados secundarios incluyeron <i>la abstinencia del tabaco y de cualquier nicotina</i> (incluido el tabaco, los cigarrillos electrónicos y la TCRN) informada por los participantes a los 6 meses, los síntomas respiratorios y los eventos adversos graves.</p> <p>La incorporación de cigarrillos electrónicos a la terapia estándar para dejar de fumar resultó en una mayor abstinencia del tabaco entre los fumadores que la terapia para dejar de fumar sola. En este estudio, se cubrió el coste de los cigarrillos electrónicos; los resultados podrían ser menos favorables en la práctica, donde los pacientes tienen que comprar sus propios cigarrillos electrónicos.</p>
17. ¿Qué medicamentos son seguros y eficaces para el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol? <u>McPheevers M et al. 2023</u>	<p>La naltrexona y el acamprosato orales son seguros y eficaces para el trastorno por consumo de alcohol.</p> <p>RS y MA; 118 ECA; n= 20.976; el resultado primario fue el consumo de alcohol; los resultados secundarios fueron accidentes automovilísticos, lesiones, calidad de vida, función, mortalidad y daños. El NNT (número necesario para evitar que una persona reanude el consumo de alcohol): 11; IC 95 % 1-32 para acamprosato y NNT: 18; IC 95 % 4-32 para naltrexona oral (50 mg/día). En comparación con placebo, naltrexona oral (50 mg/día) se asoció con menores tasas de reincidencia, con NNT: 11; IC 95 %, 5-41.</p> <p>Esta RS actualizada encontró que, junto con las intervenciones psicosociales, la naltrexona oral (50 mg/día) y el acamprosato tienen la evidencia más sólida para el tratamiento efectivo del trastorno por consumo de alcohol.</p>

<p>18. ¿La TCC mejora la fatiga en pacientes con COVID prolongada?</p> <p>Kuut TA et al. 2023</p>	<p>La terapia cognitivo-conductual (TCC) puede reducir la <i>fatiga atribuida a la COVID prolongada</i>.</p> <p>ECA multicéntrico realizado en Países Bajos; n=114; pacientes con fatiga severa de 3-12 meses después del COVID-19; se asignaron a <i>TCC</i> (<i>durante 17 sem.</i>) o <i>atención habitual (Ahab)</i>. Los pacientes fueron principalmente no hospitalizados.</p> <p>Para los pacientes con fatiga severa al menos 3 m después de COVID-19, la TCC ofrece una mejora significativa de los síntomas en comparación con la atención habitual.</p>
--	--

MISCELÁNEAS

<p>19. ¿El tratamiento con anticuerpos monoclonales dirigidos al amiloide mejora los resultados en pacientes con enfermedad de Alzheimer?</p> <p>Ebell MH et al. 2024</p>	<p>Los nuevos anticuerpos monoclonales para pacientes con <i>Enfermedad de Alzheimer (EA)</i> son mínimamente eficaces, dañinos y costosos.</p> <p>RS y MA; 29 estudios; n= 23.202 que evaluaron 8 anticuerpos antiamiloide. Se compararon los cambios en las escalas cognitivas y funcionales entre los grupos, y cada diferencia se evaluó para determinar si cumplía con la <i>diferencia mínima clínicamente importante (DMCI)</i>.</p> <p>Aunque los anticuerpos monoclonales dirigidos al amiloide brindan pequeños beneficios en las escalas cognitiva y funcional en pacientes con EA, estas mejoras están muy por debajo de la DMCI para cada resultado y están acompañadas de daños clínicamente significativos, como inflamación y hemorragia cerebral (NNCD: 13).</p>
<p>20. ¿La comunicación de malas noticias por teléfono aumenta el estrés psicológico más que la comunicación en persona?</p> <p>Mueller J et al. 2023</p>	<p>Utilizar la preferencia del paciente y el criterio clínico para determinar la mejor manera de comunicar malas noticias.</p> <p>RS y MA; 5944 estudios que valoraron síntomas de ansiedad, depresión o trastorno de estrés postramático (TEPT) en pacientes adultos que recibieron malas noticias por teléfono en comparación con las recibidas en persona.</p> <p>Dar malas noticias por teléfono no afecta los niveles de ansiedad, depresión o satisfacción con la atención en comparación con dar la noticia en persona. No se encontraron diferencias en cuanto al malestar psicológico, independientemente de si las malas noticias se comunicaron por teléfono o en persona. Los hallazgos sugirieron que la modalidad de comunicación podría ser secundaria y que la forma de comunicar las malas noticias podría ser más importante.</p>

NAC: neumonía adquirida en la comunidad; **VRS:** virus respiratorio sincitial; **IVRI:** infección de las vías respiratorias inferiores; **IngHosp:** ingreso hospitalario; **RP:** razón de probabilidades; **ITU:** infecciones del tracto urinario; **SII:** síndrome del intestino irritable; **TFT:** tasa de fracaso de tratamiento; **DM2:** diabetes mellitus tipo 2; **ISGLT-2:** inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2; **aGLP-1:** agonistas del receptor de glucagón tipo 1; **IDPP-4:** inhibidores de la dipeptidil-peptidasa tipo 4; **CR:** cociente de riesgo; **IMC:** índice de masa corporal; **CV:** cardiovascular; **ECVM (o MACE en inglés):** eventos cardiovasculares mayores; **ECV:** enfermedad cardiovascular; **ECVA:** enfermedad cardiovascular aterosclerótica; **FA:** fibrilación auricular; **IAM:** infarto agudo de miocardio; **PP:** prevención primaria; **ERC:** enfermedad renal crónica; **FEVI:** fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **IC:** insuficiencia cardiaca; **FEP:** fracción de eyección preservada; **BB:** betabloqueante; **m:** mes/meses; **sem:** semana/s; **mg:** miligramo/s; **IM:** intramuscular; **SC:** subcutánea; **ECA:** ensayo clínico aleatorio; **RS:** revisión sistemática; **MA:** metaanálisis; **TCC:** terapia cognitivo-conductual; **NNT:** número necesario a tratar; **NNCD:** número necesario para causar daño; **TFT:** tasa de fracaso terapéutico; **RR:** riesgo relativo; **EAC:** eventos adversos graves; **MCG:** monitorización continua de glucosa; **isMCG:** monitorización de glucosa con escaneo intermitente; **FA:** fibrilación auricular; **TRCN:** terapia combinada de reemplazo con nicotina; **TCC:** terapia cognitivo-conductual; **AHab:** atención médica habitual; **DMCI:** diferencia mínima clínicamente importante; **EA:** enfermedad de Alzheimer; **TEPT:** trastorno de estrés postramático; **NSV:** nirsevimab; **N:** número de pacientes; **AAP:** Academia Americana de Pediatría; **Hb:** hemoglobina.

Comentario elaborado por: Mª Rosa Miranda Hidalgo