

● EL DOLOR PRECORDIAL DE ORIGEN NO CARDIACO TIENE BAJA MORTALIDAD

Las causas más frecuentes son enfermedades musculoesqueléticas

Gateshead, Reino Unido

El dolor precordial es causa corriente de consulta en las unidades de emergencias. Apenas la mitad de los casos padecen enfermedades cardíacas. El resto de los pacientes presentan variadas dolencias, aunque un porcentaje sustancial queda sin diagnóstico.

[Journal of the Royal Society of Medicine 96(3):122-125, Mar 2003 - SIIC]

La principal preocupación al tratar pacientes con dolor torácico sobre el área cardíaca es diagnosticar y tratar el infarto y la isquemia miocárdicas.

Luego de excluir el origen cardíaco los sujetos son generalmente externados sin diagnóstico preciso y sin plan de seguimiento o evaluación. Científicos británicos descubrieron que los enfermos con dolor de pecho atípico alcanzan una proporción sustancial de las internaciones de urgencia y que sus síntomas frecuentemente persisten o reaparecen.

Médicos pertenecientes al Departamento de Medicina del Queen Elizabeth Hospital estudiaron 250 sujetos internados a lo largo de cinco semanas con dolor de pecho con sospecha de origen cardíaco. La edad media fue de 60 años y existió leve predominio del sexo masculino. La evaluación inicial incluyó el electrocardiograma y la medición de la troponina T. Fueron excluidos los enfermos con evidencia de infarto o isquemia aguda de miocardio, demostrada por elevación de las enzimas cardíacas (troponina T mayor de 0.06 microgramos) o cambios en el segmento ST del electrocardiograma.

Cuando los hallazgos electrocardiográficos y enzimáticos no sugerían el origen cardíaco, se consideró que los pacientes padecían dolores precordiales atípicos.

De las 250 personas evaluadas, 142 padecían dolor de origen cardíaco y 108 dolor de pecho atípico. Del total de sujetos con molestias no miocárdicas cuarenta fueron dados de alta sin diagnóstico. De los 68 restantes, 25 sufrían padecimientos musculoesqueléticos, 21 cardíacos, 12 gastrointestinales y 10 respiratorios. Apenas 41 enfermos fueron citados para seguimiento ambulatorio.

Luego de un año de la internación los autores enviaron cuestionarios a todos los individuos con dolor atípico. El interrogatorio indagaba si los médicos habían explicado la fuente del dolor, la aparición de recurrencias, las pruebas llevadas a cabo luego de la externación y los tratamientos iniciados. El 96% de los participantes respondieron la encuesta. En la mitad de los sujetos los médicos solicitaron exámenes diagnósticos complementarios. Entre ellos se incluyen gastroscopias, pruebas de ejercicio, rastreos con talio, ecocardiogramas, angiografías coronarias y pesquisas de perfusión pulmonar.

Aunque el rendimiento fue bajo (20%), luego de un año solamente 27 enfermos permanecían sin diagnóstico. La persistencia de los síntomas alcanzó 61%, mientras 14% de los pacientes internados originalmente por dolor atípico reingresaron a la institución sanitaria a lo largo del siguiente año. En cuanto a la tasa de mortalidad luego de un año, alcanzó 2.9% en los enfermos con dolor atípico, comparado con 18.3% en los de origen cardíaco.

Muchas causas de dolor retroesternal requieren estudios específicos para confirmarlas. Por ejemplo, el reflujo gastroesofágico puede producir síntomas similares al ángor y es necesario medir el pH por 24 horas para precisar su existencia. Varias patologías

respiratorias pueden simular el dolor cardíaco, entre las que no hay que olvidar la hiperventilación secundaria a los trastornos por ansiedad. El dolor provocado por dolencias musculoesqueléticas preocupa menos al médico, pero es muy frecuente. La búsqueda de zonas de dolor a la palpación es de mucha ayuda. La fisioterapia y los fármacos antiinflamatorios tópicos fueron los tratamientos más utilizados.

Aunque el porcentaje de estudios positivos fue bajo, descartar el origen cardíaco o confirmar otra fuente de dolor brinda confianza a los pacientes. Por lo tanto, la solicitud de dichas pruebas debe ser guiada por el criterio clínico de cada médico. La percepción de los participantes del diagnóstico y el pronóstico de su padecimiento difería frecuentemente de lo asentado en la historia clínica. La variación citada indica una falla en la comunicación entre los profesionales y los enfermos.

En conclusión, el dolor precordial atípico es frecuente en la atención de urgencia. La exclusión de la enfermedad isquémica del corazón es únicamente el primer paso del manejo y muchos pacientes requieren estudios complementarios. La mortalidad asociada al cuadro mencionado es baja, dato importante para calmar los temores de los pacientes

ACTITUDES Y CREENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO EMPEDERNIDO DE TABACO

Resultados de un estudio de corte transversal para la cuantificación de la prevalencia y las características de los fumadores especialmente resistentes al abandono.

Londres, Reino Unido

El consumo fuerte de tabaco representa un serio problema de salud pública; se sugiere la implementación de estrategias que contemplen las necesidades especiales y las percepciones de los fumadores más antiguos y con mayor nivel de consumo.

[BMJ 326:1061-1066, May 2003 – SIIC]

El concepto de la existencia de un grupo importante de fumadores que son especialmente resistentes al abandono del hábito, tiene en la actualidad un interés creciente.

La definición establecida para “fumador empedernido” se explica para los consumidores que rara vez desean suspenderlo, ya sea porque tienen la convicción de no hacerlo o bien porque no confían en sus capacidades para efectuarlo satisfactoriamente.

Investigadores del Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad de Londres, desarrollaron un estudio para la cuantificación de la prevalencia y características de los consumidores empedernidos de tabaco.

A los fines de la investigación los autores utilizaron un diseño de corte transversal, con el uso de una encuesta domiciliaria. El cuestionario fue implementado entre 7 766 adultos, consumidores de cigarrillos.

Las encuestas evaluaron la prevalencia y consumo de cigarrillos, ofrecieron información de las actitudes y creencias de los fumadores y determinaron los repetidos intentos de abandono.

La definición usada para la categorización del “consumo empedernido”, se basó en cuatro criterios (menos de un día sin cigarrillos en los últimos 5 años, sin intento de cese en el año anterior, sin deseo para el cese ni intención), que debieron ser satisfechos en su totalidad.

Los resultados mostraron que el 16% de todos los fumadores fueron considerados como empedernidos.

Este tipo de consumo tan resistente fue asociado con dependencia a la nicotina, deprivación socioeconómica y la edad, con niveles del 5% en adultos jóvenes entre 16-24 años, al 30% en los ≥ 65 . Los usuarios habituales y resistentes de cigarrillos desplegaron diferentes actitudes y creencias en relación con el consumo.

En términos generales presentaron mayor predisposición para la negación de que el cigarrillo afectó la salud o que lo hiciera en el futuro y consideraron el consumo como la fuente de mayor placer de sus vidas (31% vs 14%). Los fuertes consumidores fueron menos tolerantes a las presiones sociales para el cese del consumo (56% vs 32%). Otro dato de interés fue la menor aceptación entre ellos, que el consumo resistente influenciara entre los jóvenes y niños convivientes como un modelo negativo.

La prevalencia del consumo empedernido fue alrededor de 4 veces más elevado que los datos obtenidos en el estudio de California. Esta información se relacionó con la existencia de una intensa campaña en la costa este de los Estados Unidos en la década anterior, que redujo sustancialmente la prevalencia de los niveles de consumo en relación con otros estados americanos y en Inglaterra.

Los autores concluyeron que los fumadores de mayor edad fueron más intransigentes en sus visiones respecto del consumo de cigarrillo que los de menor edad y aún más resistentes a abandonarlo.

La salud de los fumadores de mayor antigüedad presenta un riesgo inminente en su afectación y dado que los resultados favorables en el corto plazo con el cese del consumo se harán notar, se sugiere la puesta en marcha de estrategias de intervención destinadas en particular a las poblaciones de fumadores empedernidos más antiguos y en desventaja social. La fuerte asociación del consumo resistente con la edad representa un importante desafío, que requiere de esfuerzos de la salud pública, a fin de la disminución de este flagelo.

USO DEL E-MAIL EN LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS MÉDICOS Y LOS PACIENTES

Resultados de una evaluación con encuestas a profesionales que utilizan en forma regular el e-mail en el vínculo con los pacientes

Baltimore, EE.UU

La comunicación vía e-mail supone numerosas ventajas para médicos y pacientes, en particular en determinadas circunstancias vinculadas a la cronicidad de la patología. Se plantea la realización de nuevos estudios que identifiquen las situaciones clínicas que experimentan un mayor beneficio, a fin de difundir la práctica de forma más amplia.

[Journal of Medical Internet Research 5(2):e9, 2003 – SIIC]

La comunicación efectiva con los pacientes es esencial para la comprensión y el mejoramiento de la calidad de la atención médica; la preocupación por el logro de una adecuada relación médico-paciente tiene un reconocimiento creciente.

Es conocido que son muchos los profesionales que utilizan el recurso de Internet para el acceso a la información en temas de salud; sin embargo son pocos los que se comunican con los pacientes vía e-mail.

Hay una gran distancia entre el deseo de los pacientes de utilizar este recurso y la aceptación por parte de los profesionales. Las preocupaciones en relación con el tiempo que demanda la conexión y la asincronía de las comunicaciones pueden no ser efectivas en ciertas interacciones entre los médicos y los pacientes.

Existen numerosos interrogantes que requieren su esclarecimiento antes de la difusión más amplia del recurso tecnológico. Las entidades clínicas para los que el uso del e-mail puede ser de mayor beneficio y los mecanismos para que los profesionales integren esta herramienta tecnológica en su práctica diaria deben ser tenidos en consideración.

Investigadores de la Johns Hopkins University de Baltimore en los Estados Unidos formularon hipótesis relacionadas con los beneficios y las limitaciones de la comunicación con los pacientes vía e-mail, y exploraron las experiencias de un grupo de profesionales que utilizaron el recurso informático en la práctica diaria con sus pacientes.

Otra finalidad que persiguió el estudio fue el conocimiento y la percepción de la forma en la que la tecnología será pasible de ser utilizada en el futuro.

A los fines de la investigación se efectuaron entrevistas telefónicas en profundidad entre 45 médicos, usuarios habituales de la comunicación por e-mail y los comentarios fueron codificados en forma cualitativa.

Los 642 comentarios de los médicos fueron agrupados en cuatro áreas temáticas que incluyeron el acceso al e-mail y el grado de satisfacción, los efectos del e-mail en la comunicación entre el médico y el paciente, el tratamiento de los diversos aspectos clínicos y la integración del recurso informático en la rutina diaria.

Este tipo de comunicación resultó muy efectiva para la interacción en enfermedades crónicas. Otros profesionales manifestaron asimismo mejoría en la continuidad de la atención y mayor flexibilidad para las respuestas referidas a situaciones de menor urgencia.

Un motivo de preocupación que mostraron los médicos fue la implementación del e-mail y los aspectos administrativos.

Existieron diversas experiencias y opiniones en temas vinculados a la confidencialidad, la satisfacción y la eficiencia. Los profesionales de la salud manifestaron cierto nivel de selectividad para la identificación de los pacientes que recibieron beneficios con el uso de esta práctica; sin embargo los criterios de selección fueron poco claros. Un aspecto que despertó controversia fue el relacionado con el tratamiento de las urgencias y de las emergencias. La gran mayoría consideró que el e-mail solo debió ser usado en condiciones no urgentes y además enfatizaron que cuando existieron preguntas difíciles, vagas o inapropiadas se les solicitó a los pacientes la comunicación por vía telefónica.

Los investigadores concluyeron que los médicos experimentaron beneficios en determinados tipos de pacientes y enfatizaron la necesidad de nuevas investigaciones, centradas en la identificación de situaciones clínicas y en el mecanismo de retribución financiera antes de la difusión amplia del recurso en las diversas prácticas.

EL USO DE ESTATINAS NO CAUSARIA CATARATAS EN EL CORTO Y MEDIANO PLAZO

Estudio aleatorizado con control de más de 30 000 casos

Londres, Reino Unido

Los autores no encontraron evidencias, que el uso de estatinas produjera un riesgo aumentado para el desarrollo de cataratas. La administración concurrente de inhibidores del citocromo P450 tampoco incrementaría el riesgo. [QJM 96(5):337-343, 2003 – SIIC]

Las cataratas son la causa más importante de disminución de visión y ceguera en el mundo. Cualquier factor que pudiera incrementar el riesgo de padecer cataratas, resulta por lo tanto, de suma importancia en el terreno de la salud pública.

La experiencia recogida con perros, demostró un incremento en la aparición de la enfermedad, cuando el animal era tratado con estatinas, y también pudo observarse una relación dosis respuesta, en la cual un mayor nivel plasmático del fármaco, producía un incremento del riesgo de cataratas. Confirmando estos resultados en animales, también pudo observarse un aumento en la opacificación del cristalino de ratas y un incremento de la proliferación celular en cultivos de tejidos humanos y de ratas de células epiteliales del cristalino, producido por estatinas. A pesar de estos hallazgos experimentales, en humanos no pudo demostrarse un aumento del riesgo de cataratas, vinculado con el uso de estatinas.

Existen cada vez mas evidencias, sobre los efectos beneficiosos de este fármaco hipocolesterolemia, en una amplia gama de población con riesgo cardiovascular.

Dadas estas acciones favorables de las estatinas, además que en el futuro cercano expirarán las patentes de las primeras que ingresaron en el mercado, es muy probable que su uso aumente considerablemente, y de manera especial en el mundo en vías de desarrollo, donde la catarata resulta la primera causa de ceguera.

Por estos motivos, los autores realizaron un amplio estudio de control de casos, para evaluar los riesgos de catarata, asociada al uso de estatinas.

Para llevar a cabo esta investigación, estudiaron de manera retrospectiva dos cohortes, integradas cada una por 15 479 personas: la primera sufría de cataratas y la segunda no. La edad media de los participantes era de 75 años con 65 % de mujeres. El periodo medio de observación fue de 4.5 años.

En el primer grupo encontraron que 403 pacientes (2.6 %) habían estado expuestos a estatinas y en la segunda cohorte la cifra era de 293 (1.9 %) El periodo medio de exposición a estatinas fue relativamente corto (1.6 años para el grupo enfermo y 1.8 para los controles).

Estos resultados no resultaron estadísticamente significativos, o sea que el uso de estatinas en el corto y mediano plazo, a las dosis habituales, no incrementaría el riesgo de cataratas. Consideraron que el periodo de observación medio, de solamente 4.5 años, fue relativamente corto, ya que solo una pequeña fracción de los pacientes recibió estatinas por más de 5 años. La causa de este corto seguimiento relativo, estaría probablemente causado por la introducción de las estatinas, recién hacia finales de la década de los ochentas, y su uso fue creciendo de manera paulatina desde entonces.

Los casos incluidos en el estudio, fueron pacientes con diagnóstico de cataratas, por lo que es probable que algunos casos de cataratas incipientes, puedan haber eludido el diagnóstico adecuado y por lo tanto incorporados entre los controles, no obstante lo cual, los autores no creen que estos posibles errores de clasificación de los participantes en los dos grupos, pudieran haber alterado seriamente los resultados obtenidos. Un estudio reciente demostró la gran exactitud de los diagnósticos de cataratas, en el grupo de estudio del que obtuvieron los participantes. La catarata no es una enfermedad a todo o nada: existe un espectro amplio de opacificación progresiva del cristalino, que va desde la mínima alteración de la lente y puede llegar hasta la ceguera total. Utilizando la presentación clínica como parámetro para definir si un paciente pertenece a uno u otro grupo, está de acuerdo con el moderno pensamiento epidemiológico acerca de los factores de riesgo y es suficiente para tipificar adecuadamente los integrantes de cada cohorte.

No encontraron asociación entre el consumo de cigarrillos (actual y ex fumadores) y cataratas, lo que resulta contradictorio con el conocimiento establecido con respecto a que, fumar incrementa el riesgo de padecer esta oftalmopatía. Piensan que esto podría deberse a que muchas personas que manifiestan ser no fumadoras, en realidad lo son. Queda como asignatura pendiente, estudiar el efecto de las estatinas sobre el cristalino, en el largo plazo.

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LAS INDICACIONES MÉDICAS DE BENZODIAZEPINAS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

Resultados de una intervención entre un grupo de profesionales

Toronto, Canadá

La implementación de un programa educativo, destinado a médicos de atención primaria no parece influir en las prescripciones de benzodiazepinas en ancianos. [Canadian Medical Association Journal, 168:835-838, Abr 2003 – SIIC]

El uso de benzodiazepinas en pacientes de edad avanzada se asocia con riesgo elevado de caídas, fracturas, accidentes y deterioro de la función cognitiva.

La mayor cantidad de efectos adversos se presentan con el uso de agentes de acción prolongada, durante las primeras semanas de iniciado el tratamiento y existen evidencias suficientes para considerar que en ocasiones, hay un exceso en las recetas de psicotrópicos.

Estudios previos relacionados con el uso de antibióticos sugieren que la educación individualizada a los profesionales puede mejorar las indicaciones de las diferentes drogas.

Investigadores del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Toronto desarrollaron un estudio basado en una intervención, a fin de evaluar si el uso de un programa educativo para profesionales podía disminuir las prescripciones inapropiadas de drogas psicotrópicas en pacientes de edad avanzada.

En la etapa inicial se identificaron 1624 médicos de atención primaria que en un período de dos meses efectuaron aproximadamente diez órdenes de las drogas establecidas; se obtuvo información del consumo de ciertos productos medicinales en los residentes de 65 años y más de una base de datos.

Los profesionales seleccionados fueron invitados a participar del estudio aleatorizado; finalmente 168 médicos se incluyeron en el grupo de intervención y 206 en el grupo control. Las características demográficas y sus formas de prescripción fueron semejantes.

Los médicos del grupo de intervención que consintieron ingresar en el estudio, recibieron un programa educativo con materiales apropiados, basados en las mejores prácticas para la indicación de benzodiazepinas. Los datos ofrecían información basada en la evidencia y se analizaron el número de prescripciones, el porcentaje de benzodiazepinas de acción prolongada suministradas y la duración de los tratamientos. Los boletines estaban escritos en un lenguaje informal con énfasis en cuestiones prácticas.

Los integrantes del grupo control recibieron un programa educativo semejante de la indicación de drogas antihipertensivas de primera línea. Los envíos del material se realizaban cada dos meses durante un período de seis.

Se recogieron datos basales antes de las intervenciones y luego de las mismas a fin de observar modificaciones. El estudio recibió la aprobación del Consejo de Ética de la Universidad de Toronto. Los resultados de la investigación demostraron que la proporción de la prescripción de benzodiazepinas decreció un 0.7% en el grupo de intervención entre el período basal y el final del mismo y aumentó un 1.1% en el grupo control. Estas diferencias no fueron consideradas significativas.

Las explicaciones para comprender la falta de efecto de la intervención educativa en la prescripción de las drogas psicotrópicas, a diferencia de lo que ocurrió con los antibióticos, se debió en parte a las diferencias inherentes a cada droga y el tiempo habitual de administración.

Existe un creciente reconocimiento por parte de los pacientes en general de la importancia de limitar el uso de antibióticos; es probable que los profesionales que consintieron ingresar al estudio optimizaran sus prácticas previamente.

Los autores no hallaron que la implementación de un programa educativo destinado a médicos de atención primaria hubiera tenido un impacto clínico significativo en la indicación de benzodiazepinas; sin embargo consideran que la participación de los profesionales en el desarrollo de guías y el contacto personal con ellos pueden ser estrategias futuras adecuadas que favorezcan un mayor impacto.

PROPONEN CAMBIOS EN EL SISTEMA PARA EVITAR LAS COMPLICACIONES LUEGO DEL ALTA

Analizan incidencia y gravedad de eventos adversos.

Ottawa, Canadá

El 19% de los enfermos hospitalizados experimenta complicaciones luego de recibir el alta. El fenómeno podría evitarse con estrategias simples, como la mayor comunicación entre médico y paciente.

[Annals of Internal Medicine 138(3):161-167, Feb 2003 - SIIC]

Es frecuente el desarrollo de eventos adversos en la transición del hospital al hogar, aseguran investigadores de la Universidad de Ottawa. El estudio de 400 pacientes dados de alta reveló que el 19% de ellos desarrolló alguna complicación en las 2 semanas posteriores. Los autores estimaron que el 6% de los episodios fue evitable, mientras que en el 6% la magnitud del evento pudo haber sido menor mediante la implementación temprana de determinadas conductas. Aunque todos los pacientes se vieron afectados luego del alta, 20 eventos se produjeron durante la internación, con morbilidad significativa luego del alta. Diez de ellos fueron identificados y tratados de manera apropiada durante la internación. Por otra parte, el 60% de los episodios correspondió a reacciones adversas de drogas (antibióticos, corticoides, agentes cardiovasculares, analgésicos y anticoagulantes), el 17% se asoció con procedimientos y el resto se debió a infecciones intrahospitalarias y caídas. La gravedad de las complicaciones varió desde anomalías aisladas en los parámetros de laboratorio a discapacidad permanente. El 50% de los sujetos afectados no necesitó atención médica adicional, mientras que el 9% consultó a su médico, el 5% requirió control de los parámetros de laboratorio, el 11% asistió al servicio de emergencias y el 24% debió ser internado. Por otra parte, los problemas del sistema contribuyeron a la aparición de este tipo de complicaciones. La falta de comunicación entre el personal hospitalario y el paciente o el médico de atención primaria constituyó la deficiencia más frecuente en la atención previa al alta (59% de los casos). El análisis reveló 4 aspectos fundamentales del sistema que deberían mejorarse y que comprenden evaluación y comunicación de los problemas no solucionados, educación del paciente sobre su tratamiento, monitoreo de la terapia farmacológica y control del estado general.

La experiencia muestra que 1 de cada 5 individuos experimenta algún evento adverso en la transición entre el hospital y el hogar. Los autores consideran que el fenómeno puede ser evitado en la mayoría de los casos mediante la implementación de estrategias simples, como la mayor comunicación entre médico y paciente.