

PASANDO REVISTA

Este espacio esta destinado a brindar una traducción de los resúmenes de trabajos publicados recientemente en revistas internacionales y considerados de interés por el Comité de Redacción.

Recordamos al lector que la información contenida en los resúmenes de trabajos debe ser tomada con precaución y se requiere una lectura completa del trabajo para sacar conclusiones. Una fotocopia del trabajo original queda a disposición de quienes lo soliciten a esta Redacción*.

La paradoja de los antibacterianos: medicamentos esenciales, efectividad y costo.

Fasehun F.

Bull. WHO 1999; 77 (3), 211-216

Se procedió a revisar las listas de medicamentos antibacterianos esenciales de 16 países seleccionados entre las seis regiones de la OMS. Entre los antibacterianos esenciales de la mayoría de esos países figuran las penicilinas, las tetraciclinas, los aminoglucósidos, las sulfamidas y los macrólidos. En ausencia de polifarmacoresistencia esos antibióticos son adecuados para tratar las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y las enfermedades de transmisión sexual. Estas enfermedades son las que más contribuyen a la mayor morbilidad y mortalidad observada en los países en desarrollo. Con el fin de invertir esa tendencia, se recurre cada vez más a medicamentos antibacterianos, los cuales representan las dos terceras partes de los fármacos empleados en esos países.

No obstante, el aumento de la resistencia bacteriana limita la utilidad de algunos de los antibacterianos que figuran en las listas de esos países. En caso de polifarmacoresistencia, hasta qué punto puede ser útil una lista de medicamentos esenciales que omita las cefalosporinas de tercera generación, las fluoroquinolonas, la espectinomicina o la vancomicina?

Hay pruebas de que el aumento del costo de algunos tratamientos ocasionan la resistencia bacteriana puede traducirse en una mala observancia del régimen prescripto. Se llevó a cabo un análisis del costo por tratamiento para determinar el efecto de la farmacoresistencia en los costos terapéuticos. Los resultados mostraron que la administración de productos más recientes, como fluoroquinolonas o cefalosporinas, tras el fracaso de un tratamiento previo con penicilinas, sulfonamidas o tetraciclinas aumentaba el costo del tratamiento de manera astronómica. Ello grava aún más la asistencia sanitaria en la mayoría de los países en desarrollo, cosa que mal pueden permitirse. Se analizan las repercusiones sanitarias de la resistencia bacteriana y las medidas que permiten reducir la propagación de las cepas resistentes. ■

Requerimientos de copias deben dirigirse a: Dr Fasehun. c/o Essential Drugs and Medicines, World Health Organization, 1211 Geneva27, Switzerland.

*el solicitante se hará cargo de los gastos de envío.

Drogas antihipertensivas en personas muy ancianas: metaanálisis de subgrupos de estudios contralados y randomizados.

Francois Gueyffier, Del Grupo de INDIANA

Lancet 1999; 353: 793-96

Resúmen

Introducción: Los efectos clínicos beneficiosos del tratamiento con drogas antihipertensivas ha sido demostrado en pacientes de mediana edad y aquellos pacientes hipertensos de más de 60 años de edad, pero sin embargo se desconoce si el tratamiento es beneficioso en pacientes mayores de 80 años.

Métodos: Recolectamos datos de todos los participantes de 80 y más años de edad en ensayos clínicos controlados de drogas antihipertensivas, a través del contacto directo con los investigadores. Las variables primarias fueron accidentes cerebro vasculares (ACV) fatales y no fatales. Las variables secundarias fueron muerte de cualquier causa, muerte de causa cardiovascular, complicaciones cardiovasculares y coronarias mayores, tanto fatales como no fatales e insuficiencia cardíaca.

Hallazgos: Se registraron 57 ACV y 34 muertes en el grupo de los 874 pacientes tratados, mientras que en los controles (n:796) ocurrieron 77 ACV y 28 muertes por ACV, lo que representa la prevención de 1 ACV no fatal cada 100 pacientes tratados por año. El meta-análisis de los datos de 1670 participantes de 80 años o más, sugiere que el tratamiento previene en un 34% (95% CI 8-52) los ACV. Las tasas de complicaciones cardiovasculares mayores e insuficiencia cardíaca disminuyeron significativamente en 22% y 39% respectivamente. Sin embargo no hubo un beneficio del tratamiento con respecto a muertes de causa cardiovascular y se encontró un aumento del número de muertes por todas las causas del 6% (-5 a 18), no significativo, en el grupo que recibió tratamiento.

Conclusiones: Los hallazgos no concluyentes sobre la mortalidad contrastan con el beneficio del tratamiento para las complicaciones no fatales. Para establecer conclusiones definitivas sobre si el tratamiento antihipertensivo es beneficioso en pacientes muy ancianos son necesarios resultados de ensayos específicos de gran escala. Mientras tanto un umbral de edad más allá de la cual la hipertensión no debiera ser tratada no puede ser justificado. ■

Requerimientos de copias deben dirigirse a: Dr Francois Gueyffier, EA 643, Service de Pharmacologie Clinique, BP 3041,69394 Lyon, Cedex 03, France

Variaciones en el uso y en los costos de drogas, antimicrobianas en más de 2.000 pacientes con neumonía adquirida en la comunidad.

Kenneth Gilbert, MD, MPH, Patrick P. Gleasin, PharmD, Daniel E. Singer, MD, Thomas J. Marrie, MD, Christopher M. Coley, MD, D Scott Obrosky, MSe, Judith R. Lave, PhD, Wishwa N. Kapoor, MD,

Am J Med. 1998; 104:17-27

Resumen

Objetivo: Evaluar los patrones de uso, los costos y los resultados clínicos del tratamiento antimicrobiano de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en diferentes instituciones.

Pacientes y métodos: Se registró la vía, la dosis y la frecuencia de administración de todos los agentes antimicrobianos prescritos dentro de los 30 días de presentado el cuadro en 927 pacientes ambulatorios y 1328 pacientes internados enrolados en el estudio de cohorte multicéntrico prospectivo del Equipo de Investigación de la Evolución de Pacientes con Neumonía (EIEPN). Los costos totales fueron estimados sumando los costos de la droga más costos de dispensación, prescripción, preparación y administración. Los resultados fueron evaluados durante los 30 días siguientes a la presentación del cuadro como: mortalidad, hospitalizaciones en los pacientes ambulatorios y reinternaciones en los pacientes internados.

Resultados: Las prescripciones tuvieron una significativa variación ($P < 0,005$) con 17 de los 23 antimicrobianos utilizados en los pacientes ambulatorios en las 5 instituciones donde se realizó el estudio; lo mismo ocurrió con 18 de los 20 agentes parenterales utilizados en los pacientes internados. La duración media del tratamiento antimicrobiano en los pacientes ambulatorios tuvo un rango de 11 a 13 días entre los centros ($P=0.01$), y de 13 a 15 días para los pacientes internados ($P=0.49$). El costo total promedio del tratamiento fue de \$12,90 (dólares norteamericanos) en los pacientes ambulatorios con un rango que varía de \$10,80 a \$58,90 entre los diferentes centros ($P < 0.0001$). El costo total promedio en los pacientes internados fue de \$228,70 con un rango de \$183,70 a \$315,60 entre las instituciones ($P < 0.0001$). No existieron diferencias significativas en la mortalidad y las reinternaciones en el grupo de pacientes internados, luego de hacer el ajuste de las diferencias basales de los pacientes en cuanto a características demográficas, comorbilidad y severidad de la enfermedad. Aunque hubo diferencias en la internación de los pacientes ambulatorios entre los centros, la tasa fue menor en los sitios donde el costo fue más bajo.

Conclusión: Esta variación en la prescripción entre las instituciones resulta en una diferencia significativa en los costos del tratamiento. Los pacientes tratados en los centros donde el costo del tratamiento antimicrobiano fue menor no demostraron peor resultado clínico. ■

Requerimientos de copias deben dirigirse a: Michael J. Fine, MD, Montefiore University Hospital, 200 Lothrop Street, Unit 8 East, Pittsburgh, Pennsylvania 15213

Tendencias en los patrones de prescripción a lo largo de un período de 13 años en la prevención secundaria del infarto de miocardio

M. Martínez, A. Agustí, J. M. Arnau, X. Vidal, J. R. Laporte

Eur J Clin Pharmacol 1998; 54:203-208

Resumen

Objetivo: La eficacia de los agentes B bloqueantes y el ácido acetilsalicílico en la prevención secundaria del infarto de miocardio está bien establecida desde comienzo de los años 80. Sin embargo en un trabajo anterior nosotros reportamos un uso de estas drogas menor del esperado durante el período 1982-1988. En 1989 los resultados de este estudio fueron presentados y discutidos con los médicos prescriptores. En el presente trabajo describimos los patrones de prescripción para la misma indicación y en el mismo centro en los siguientes 6 años (1989-1994). También describimos el uso de inhibidores de la enzima convertidora (IECA) para los cuales la eficacia en ciertos subgrupos de pacientes ha sido recientemente demostrada.

Métodos: Se estudiaron muestras al azar de pacientes con diagnóstico de infarto de miocardio y ondas Q, dados de alta de nuestro hospital entre 1989 y 1994. La información sobre diagnóstico, otras variables clínicas y el tratamiento prescrito al alta fue obtenida de los formularios de externación. Los resultados fueron comparados con los obtenidos del estudio anterior.

Resultados: Estudiamos 514 pacientes (80% hombres) con una edad media de 59 años (rango: 31-89). El porcentaje de pacientes a los que se les prescribió B bloqueantes y ácido acetilsalicílico se incrementó de 34% y 28%, respectivamente, en 1986-1988 a 62% y 75% en 1989-1991. En 1994 ellos habían alcanzado una meseta (63% y 71%). También fue observado una disminución continua en el uso de bloqueantes de los canales de calcio de 36% en 1986-1988 a 17% en 1994. El incremento en la prescripción de agentes B bloqueantes fue especialmente notorio en subgrupos tales como pacientes ancianos para quienes en el estudio anterior se había registrado un subuso importante. El porcentaje de pacientes a los que se les prescribió IECA se incrementó de 14% en 1989-1991 a 23% en 1994. En un análisis multivariado la prescripción de IECA se asoció: al sexo femenino, a hipertensión al ingreso al hospital, a insuficiencia cardíaca también al ingreso e infartos de miocardio previos. Entre 1982 y 1994 se registró un incremento sustancial en la prescripción de B bloqueantes y ácido acetilsalicílico y un descenso en la prescripción de bloqueantes de los canales de calcio. La tasa de prescripción de B bloqueantes se incrementó sustancialmente en ciertos subgrupos donde previamente se había registrado un subuso. La mayoría de los cambios ocurrieron entre 1989-1991, y alcanzaron una meseta en 1994. En 1994 también se registró un incremento en la prescripción de IECA. ■

Requerimientos de copias deben dirigirse a: J.-R. Laporte, Servei de Farmacología Clínica, CSU Vall d'Hebron, 08035 Barcelona Spain

Efectos del tratamiento con aspirina en la sobrevivida de pacientes diabéticos no insulino-dependientes con enfermedad coronaria

Grupo de estudio de la prevención del infarto conbenzafibrato

Am J Med. 1998; 105:494-499

Resúmen

Objetivo: El beneficio de la aspirina (AAS) en los pacientes diabéticos con enfermedad coronaria crónica no está bien establecido. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto del AAS sobre la mortalidad total y cardíaca en una gran cohorte de pacientes diabéticos con enfermedad coronaria y compararlo con el efecto de la misma droga en una población de pacientes no diabéticos.

Pacientes y métodos: En este estudio observacional realizado en pacientes tomados por "screening" del estudio del benzafibrato para la prevención del infarto, se compararon los efectos del tratamiento con AAS en 2368 diabéticos no insulino-dependientes y enfermedad coronaria asociada, con 8586 pacientes no diabéticos. El Hazard ratios (HR) y el intervalo de confianza (IC) fueron estimados con modelos. La tasa de riesgo y el intervalo de confianza 95% fueron estimados mediante el modelo de riesgos proporcionales.

Resultados: El 52% de los pacientes diabéticos y el 56% de los pacientes no diabéticos cumplieron el tratamiento con AAS. Luego de 5.1 ± 1.3 (media \pm DE) años de seguimiento, el beneficio absoluto por cada 100 pacientes tratados con AAS fue mayor en pacientes diabéticos que en no diabéticos (beneficio sobre la mortalidad cardíaca: 5.0 versus 2.1 y beneficios sobre la mortalidad por cualquier causa: 7.8 versus 4.1). La mortalidad cardíaca global en los pacientes tratados con AAS fue del 10.9% versus 15.9% en el grupo que no recibió AAS ($P < 0.001$), mientras que la mortalidad por cualquier causa fue de 18.4% y 26.2% ($P < 0.001$). Luego de ajustar los posibles factores de confusión, el tratamiento con AAS en pacientes diabéticos fue un predictor independiente tanto para la mortalidad cardíaca global (HR=0.8; 95% IC: 0.6-1.0) como para la mortalidad por cualquier causa (HR=0.8; 95% IC: 0.7-0.9), similar a lo que ocurre en pacientes no diabéticos.

Conclusión: El tratamiento con AAS en pacientes diabéticos no insulino-dependientes con enfermedad coronaria fue asociado con una significativa reducción en la mortalidad cardíaca y en la mortalidad total. El beneficio absoluto del AAS fue mayor en pacientes diabéticos que en los que no lo son. *

Requerimientos de copias deben dirigirse a: D. Harpaz, MD, Heart Institute, E. Wolfson Medical Center, P.O. Box 5, Holon, 58100, Israel

Hábito de fumar y riesgo de infarto de miocardio en mujeres y hombres: estudio poblacional longitudinal

Eva Prescott, Merete Hippe, Peter Schnohr, Hans Ole Hein, Jorgen Vestbo

BMJ 1998; 316:1043-46

Resúmen

Objetivo: Comparar el riesgo de infarto de miocardio asociado con el hábito de fumar en hombres y mujeres, tomando en consideración diferencias en el hábito de fumar y potenciales factores de confusión.

Diseño: Estudio de cohorte prospectivo con seguimiento de infartos de miocardio.

Fuentes de información: Conjunto de datos de tres estudios poblacionales realizados en Copenhagen.

Sujetos: 11.472 mujeres y 13.191 hombres seguidos por un período medio de 12.3 años.

Variables principales: primer ingreso hospitalario o muerte causada por infarto de miocardio.

Resultados: 1251 hombres y 512 mujeres tuvieron un infarto de miocardio durante el período de seguimiento. Comparadas con los no fumadores, las mujeres fumadoras en el momento del estudio tuvieron un riesgo relativo de infarto de miocardio de 2.24 (amplitud 1.85-2.71), mientras que en el caso de los hombres fumadores el riesgo fue de 1.43 (1.26-1.62); razón 1.57 (1.25-1.97). El riesgo relativo de infarto de miocardio se incrementó con el consumo de tabaco tanto en hombres como en mujeres y fue mayor en los que inhalaban el humo que en los que no lo hacían. El riesgo asociado con el fumar medido tanto por la exposición actual como por la exposición acumulada al tabaco fue consistentemente mayor en mujeres que en hombres y no tiene relación con la edad. Esta diferencia en el género no se modificó al ajustarse por los valores de presión arterial, concentración de colesterol total, y lipoproteínas de alta densidad, concentración de triglicéridos, diabetes, índice de masa corporal, estatura, ingesta de alcohol, actividad física, y nivel de educación.

Conclusión: Las mujeres pueden ser más sensibles que los hombres a algunos de los efectos perjudiciales del tabaco. Deberían ser estudiadas adicionalmente las interacciones entre los componentes del humo del cigarrillo y factores hormonales que podrían estar involucrados en el desarrollo de enfermedad cardíaca isquémica. *

Requerimientos de copias deben dirigirse a: Dr Eva Prescott, Institute of Preventive Medicine, Kommunehospitalet, DK-1399, Copenhagen K, Denmark

