

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.*

¿Cómo afecta la edad el tratamiento del infarto agudo de miocardio? Un estudio de cohorte prospectivo

Barakat K, Wilkinson P, Deaneer A, Fluck D, Ranjadayalan K, Timmis A

Lancet 1999; 353:955-59

Resumen

Antecedentes: Alrededor del 75% de los pacientes con infarto agudo de miocardio son mayores de 70 años y, sin embargo, los pacientes de este grupo etáreo son tratados comunmente menos vigorosamente que los más jóvenes. Este tratamiento diferencial puede reflejar, en parte, conceptos erróneos de los médicos clínicos acerca del pronóstico de estos pacientes y de la importancia de la edad en las decisiones clínicas.

Examinamos cómo influye y cómo debería influir la edad en el manejo de los pacientes y en la estratificación del riesgo en el infarto agudo de miocardio.

Métodos: En este estudio de cohorte prospectivo se reclutaron 1225 pacientes consecutivos ingresados con infarto agudo de miocardio a un hospital general de distrito del este de Londres. La variable principal fue mortalidad. Se usaron métodos de regresión para analizar la asociación entre grupos etáreos y variables clínicas.

Resultados: Los pacientes de 70 años o mayores, demoraron más tiempo en llegar al hospital y tuvieron menos posibilidades de recibir agentes trombolíticos o betabloqueantes al momento del alta, comparados con los pacientes menores de 60 años: OR = 0.63 (IC 95% 0.45-0.88) para trombólisis y 0.25 (0.16-0.37) para betabloqueantes, ajustado por sexo, diabetes, infarto agudo de miocardio previo, ondas Q de infarto e insuficiencia ventricular izquierda.

La falla del ventrículo izquierdo fue el predictor de mortalidad, independiente y con más fuerza, dentro del primer año de infarto agudo de miocardio, con una tasa de riesgo de 4.76 (3.53-6.43), ajustada por edad, sexo, diabetes y ondas Q de infarto. Al año después de un infarto agudo de miocardio, los pacientes de 70 años o mayores sin insuficiencia del ventrículo izquierdo tu-

vieron una sobrevivida significativamente mayor que los pacientes menores de 60 años con insuficiencia ventricular izquierda. El 70.8% (62.2-78.2) de los pacientes mayores que sobrevivieron al alta hospitalaria estaban aún vivos 3 años más tarde.

Conclusiones: Los pacientes ancianos con infarto agudo de miocardio fueron tratados menos vigorosamente que los más jóvenes. Sin embargo, el pronóstico del infarto estuvo sustancialmente afectado por el desarrollo de insuficiencia del ventrículo izquierdo y otros índices clínicos, de tal manera que muchos pacientes ancianos tuvieron un mejor pronóstico que aquellos más jóvenes con factores clínicos adversos. Al planear el tratamiento basado en el riesgo es inapropiado considerar la edad independientemente del estado clínico.

Requerimientos de copias deben ser dirigidos a: Dr. Adam Timmis, e-mail: adam@timmis-1ch.demon.co.uk

Tratamiento del dolor y resultados en pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados en el hogar

Mercadane S

Cancer, 1999;85: 1849-58

Resumen

Antecedentes: se ha comunicado recientemente que las guías para el tratamiento del dolor por cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentan limitaciones derivadas de muestreos de pequeño tamaño, altas tasas de exclusión, seguimiento inadecuado en las diferentes situaciones y una falta de comparación con los niveles de analgesia previos.

Métodos: desde junio de 1988 a junio de 1997, durante un periodo de 9 años, un total de 3678 pacientes consecutivos con cáncer avanzado derivados a un programa de cuidados paliativos en el hogar fueron incluidos en un estudio abierto, prospectivo, para determinar la efectividad, seguridad y factibilidad de implementación de las guías de tratamiento de la OMS. Se registraron, con intervalos regulares, los siguientes datos de los pacientes: edad, sexo, el estado del paciente según la escala del Grupo Cooperativo Oncológico del Este, el mecanismo del dolor en el momento de la derivación, la intensidad de

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

los síntomas y del dolor y las dosis y días de administración de los fármacos durante el curso del tratamiento.

Resultados: Un 70.3% de los pacientes requirieron tratamiento con una duración media de 64 días. La duración media del tratamiento en cada uno de los tres escalones de la OMS fue de 18, 27 y 19 días respectivamente. En el momento de la derivación, la mayoría de los pacientes recibían un tratamiento inadecuado. En la última semana de vida 16%, 49%, y 35% de los pacientes estaban recibiendo analgésicos no opioides, opioides moderados y opioides fuertes, respectivamente. Después de la derivación, se logró una significativa mejoría de la intensidad del dolor y los síntomas. La intensidad de los síntomas empeoró en la última semana de vida. Una minoría de los pacientes (2.65%) fueron sometidos a procedimientos invasivos.

Conclusiones: este estudio demuestra que con un sistema de cuidados domiciliarios, es posible que los pacientes reciban en el confort de su hogar un tratamiento adecuado de acuerdo a las guías de la OMS.

Requerimientos de copias deben ser dirigidos a: Sebastiano Mercadente, M. D., Pain Relief and Palliative Care, SAMOT, Via Libertá 191, 90143 Palermo, Italy.

Fumadores pasivos y el riesgo de enfermedad coronaria. Metaanálisis de estudios epidemiológicos

He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, and Whelton PK

N Engl J Med, 1999;340:920-6

Resumen:

Antecedentes: el efecto de ser un fumador pasivo y el riesgo de enfermedad coronaria es un tema controvertido, por lo cual hemos realizado un metaanálisis del riesgo de enfermedad coronaria asociada con la inhalación pasiva del humo de cigarrillo en personas no fumadoras.

Métodos: realizamos una búsqueda en las bases de datos Medline y Dissertation Abstracts Online y revisamos las citas bibliográficas en los artículos relevantes. Identificamos 18 estudios epidemiológicos (10 de cohortes y 8 de casos y controles) que reunieron los criterios de inclusión preestablecidos. La información de los diseños y características de los estudios, la exposición y valoración de los resultados, el control de los posibles factores de confusión y el riesgo estimado fueron resumidos independientemente por tres investigadores usando un protocolo estandarizado.

Resultados: globalmente, los no fumadores expuestos al humo de cigarrillo ambiental tienen un riesgo relativo de enfermedad coronaria de 1.25 (intervalo de confianza 95%, 1.17 a 1.32) cuando se los compara con no fumadores no expuestos al humo del cigarrillo. La inhalación pasiva del humo de cigarrillo se asoció consistentemente con un riesgo relativo incrementado de enfermedad coronaria en estudios de cohortes (riesgo relativo, 1.21; intervalo de confianza 95%, 1.14 a 1.30), en estudios de casos y controles (riesgo relativo, 1.51; intervalo de confianza 95%, 1.26 a 1.81), en hombres (riesgo relativo, 1.22; intervalo

de confianza 95%, 1.10 a 1.35), en mujeres (riesgo relativo, 1.24; intervalo de confianza 95%, 1.15 a 1.34) y en los expuestos al humo de cigarrillo en el hogar (riesgo relativo, 1.17; intervalo de confianza 95%, 1.11 a 1.24) o en el lugar de trabajo (riesgo relativo, 1.11; intervalo de confianza 95%, 1.00 a 1.23). Se identificó una relación dosis respuesta significativa, con riesgos relativos de 1.23 y 1.31 respectivamente para no fumadores expuestos al humo de 1 a 19 cigarrillos por día y aquellos expuestos a 20 o más cigarrillos diarios, cuando se los comparó con no fumadores no expuestos ($p = 0.006$ para una tendencia lineal).

Conclusiones: la inhalación pasiva del humo de cigarrillos se asocia con un pequeño incremento en el riesgo de enfermedad coronaria. Dada la alta prevalencia del hábito de fumar, las consecuencias en la salud pública de esta inhalación pasiva pueden ser importantes con respecto a la enfermedad coronaria.

Requerimientos de copias deben ser dirigidos a: Dr. He at the Department of Biostatistics and Epidemiology, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, 1430 Tulane Ave. SL18, New Orleans, LA 70112, or at jhe@mailhost.tcs.tulane.edu

Riesgo de sangrado e hipoprotrombinemia asociado con el uso de antibióticos con cadena lateral NMTT: Uso de cefoperazona como un caso de prueba.

Strom BL, Schinnar R, Gibson GA, Brennan PJ, Berlin JA.

Pharmacoepidemiology Drug Safety, 1999; 8:81-94

Resumen:

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo para determinar la incidencia de hipoprotrombinemia y sangrado en pacientes que reciben cefoperazona, una cefalosporina de tercera generación que tiene en su molécula una cadena lateral N-metil-tio-tetrazol (NMTT). Se compararon en un hospital de enseñanza de Filadelfia 374 pacientes que recibieron cefoperazona entre febrero de 1983 y marzo de 1986, con 497 pacientes que recibieron ya sea ceftizoxima o cefotaxima durante el mismo período, con 476 pacientes que recibieron ceftazidima desde abril de 1985 a diciembre de 1987. Se evaluaron los eventos adversos (cualquier episodio de sangrado, disminución de hemoglobina, prolongación del tiempo de protrombina (TP) y prolongación de tiempo de tromboplastina parcial (TTP), si ocurrían durante el período comprendido entre el comienzo de la terapia con cefalosporinas, o el comienzo de la terapia con una o dos de las drogas controles, durante 14 días posteriores a la última fecha en que el primer curso de tratamiento fue registrado.

Un aumento del riesgo de hipoprotrombinemia fue asociado en el uso de cefoperazona: el tiempo de protrombina fue prolongado 5" o más en 12.3% de los pacientes que recibieron cefoperazona vs. 5.8% de los pacientes que recibieron ceftizoxima o cefotaxima, y vs. 5.8% en los que recibieron ceftazidima; las «odds ratios» (OR, razón de ventajas) ajustadas (IC 95%) fueron de 3.6 (1.7-7.4) y 3.8 (1.8-7.8), respectivamente, valores que aumentaban a dosis mayores de cefalosporinas. No hubo apa-

rente protección con la administración de vitamina K antes o durante el curso de administración de la cefalosporina. No se observaron aumentos totales del riesgo de sangrado con una OR ajustada (IC 95%) de 1.1 (0.8-1.4) vs. ceftizoxima o cefotaxima y 0.9 (0.6-1.2) vs. ceftazidima. Tampoco se observó disminución de la hemoglobina, ni aumento del tiempo de tromboplastina parcial. En el análisis de subgrupos, se observó un aumento del riesgo de sangrado con dosis altas de cefoperazona 2.8 (1.5-5.5) vs. ceftizoxima o cefotaxima, y 2.3 (1.1-4.6) vs. ceftazidima.

Los pacientes que reciben antibióticos con la cadena lateral NMTT deben ser monitoreados por el riesgo de hipoprotrombinemia, por el posible pequeño aumento en el sangrado y probablemente no esté garantizada la necesidad de vitamina K profiláctica.

Requerimientos de copias deben ser dirigidos a: B.L. Strom, Center of Clinical Epidemiology & Biostatistics, University of Pennsylvania School of Medicine, 824 Blockley Hall, Philadelphia, Pennsylvania 19104-6021, USA. Home telephone: 610-667-8859; office telephone: 215-898-2368; Facsimile: 215-573-5315; e-mail address: Bstrom@cceb.med.upnn.edu

Efectos del ramipril inhibidor de la enzima convertidora, sobre la muerte por causas cardiovasculares, infarto de miocardio y hemorragia cerebral en pacientes de alto riesgo.

Investigadores del estudio de evaluación de la prevención de evolución clínica cardíaca

N Engl J Med, 2000;342:145-153

Resumen

Antecedentes: Los inhibidores de la enzima convertidora mejoran la evolución clínica de pacientes con disfunción ventricular izquierda, tengan o no insuficiencia cardíaca. Nosotros evaluamos el papel de un inhibidor de la enzima convertidora, el ramipril, en pacientes que tenían riesgo alto de padecer eventos cardiovasculares pero que no presentaban disfunción ventricular o insuficiencia cardíaca.

Métodos: Se asignaron pacientes en forma aleatoria en dos grupos de estudio: uno para recibir ramipril (10 mg/día oral) y el otro grupo placebo durante 5 años. Se estudió un total de 9297 pacientes con alto riesgo (55 años de edad o mayores) que tenían evidencias de enfermedad vascular o diabetes más otro factor de riesgo cardiovascular y de los que no se conocía que tuvieran baja fracción de eyección o insuficiencia cardíaca. La variable primaria estudiada era el conjunto de infarto de miocardio, hemorragia cerebral (ACV) o muerte por causas cardiovasculares.

El ensayo fue un estudio factorial dos por dos, en los que se evaluó el ramipril y a la vitamina E. Los efectos de la vitamina E son informados en otro trabajo.

Resultados: Un total de 653 pacientes que fueron asignados a recibir ramipril (14.1%) alcanzaron la variable primaria estudiada, comparado con 824 pacientes que fueron asignados a recibir placebo (17.7%) (riesgo relativo, 0.78; 95% intervalo de confianza, 0.70 a 0.86).

Conclusiones: El ramipril reduce significativamente las tasas de muerte, infarto de miocardio y ACV en un amplio espectro de pacientes de alto riesgo de los que no se conocía que tuvieran baja fracción de eyección.

Requerimientos de copias deben ser dirigidos a: Dr. Salim Yusuf at the Canadian Cardiovascular Collaboration Project Office, Hamilton General Hospital, 237. Barton St. E., Hamilton, ON L8L 2x2. Canada or at hope@ccc.mcmaster.ca