NÚMERO 2 AGOSTO 2011 Se entrega con la edición de SER MÉDICO, órgano oficial del Sindicato Médico del Uruguay

DOSSIER CLÍNICO

NOTICIAS DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Nº 2

Coleccionables

Índice

2. Automedicación: uso irracional del medicamento. Una responsabilidad de todos.

Prof. Dr. Gustavo Tamosiunas.

6. Experiencia de una unidad docente asistencial: anestesia pediátrica en el Hospital Pereira Rossell.

Dra. Leonella Luzardo, Dr. José Boggia.

10. Unidades de insuficiencia cardiaca.

Autores: Dres. P. Álvarez, W. Antúnez, G. Ormaechea y grupo UMIC: Dres. G. Silvera, M. Valverde, I. Batista, G. Parma, D. Olivari, V. Pérez, R. Andrade, S. Acle, P. Muñiz, L. Florio, E.U. C. Chamorro, L.T.S. L. Icasuriaga, LL.NN. T. Barreiro, S. Puig, A.E. O. Rivero.

AUTOMEDICACIÓN:
USO IRRACIONAL DEL MEDICAMENTO. UNA RESPONSABILIDAD DE TODOS.

La automedicación forma parte de diferentes prácticas que la población realiza para el cuidado de su salud. Sin embargo, de la manera que se realiza actualmente, contribuye a un uso irracional del medicamento, no solo desde la perspectiva científico técnica del farmacólogo o de las recomendaciones de la OMS o de la medicina basada en la evidencia, sino también lo es desde una mirada práctica y cotidiana.

La automedicación consiste en el uso de medicamentos por parte del paciente sin el completo conocimiento del médico. El médico tiene (tenemos) mucha responsabilidad en el proceso, ya que quien se automedica pretende cuidar su salud.

El problema es que muchas veces somos nosotros quienes no le damos la oportunidad al paciente para que se exprese sobre temas como creencias, expectativas, autocuidados, así como los resultados esperados u obtenidos en relación a la terapéutica instituida por el profesional (¡como si no formaran parte del proceso terapéutico!). Por tanto es nuestra responsabilidad prestarle la debida atención.

La automedicación puede producirse en diferentes situaciones:

1- Sujeto que frente a una dolencia que estima de significancia toma un medicamento por su cuenta. Puede tratarse de un resfrío, cefalea, cuadro "infeccioso", con lo que compra en una farmacia medicación antigripal, analgésica, antibiótica. La recomendación la hace un familiar, vecino o quien se encuentra atendiendo la farmacia (que habitualmente en nuestro país no es un químico farmacéutico).

2- Sujeto que ha padecido una dolencia o enfermedad que fue tratado en forma que considera fue efectiva y por un proceso de extrapolación infiere que ahora también será igualmente efectivo. Puede tratarse de medicamentos tan variados como analgésicos, antibióticos, antivertigionosos, hipnóticos, "antiespasmódicos".

3- Sujeto que se encuentra en tratamiento

crónico con algún o algunos medicamentos y sin previa consulta estima que debe seguir usándolo, o abandonarlo más allá del criterio inicial del profesional. Puede ocurrir en casos de artrosis y uso de AINEs, antihipertensivos, estatinas, y otra vez antibióticos. Este punto se vincula a uno de los mayores desafíos a los que nos tendremos que enfrentar: la adhesión al tratamiento, que aumenta la brecha eficacia-efectividad, de una forma mucho más significativa que el efecto beneficioso que se busca.

"El médico tiene (tenemos) mucha responsabilidad en el proceso, ya que quién se automedica pretende cuidar su salud".

4- Sujeto que toma contacto con alguna fuente de información y decide iniciar un tratamiento. Se trata de información proveniente de INTERNET, publicaciones en farmacias o en medios masivos en relación a tratamientos nuevos, "poderosos y sin efectos adversos".

5- Sujeto que continúa utilizando el procedimiento "repetición de medicamento" de su institución donde se asiste. La receta de repetición es conocida por todos nosotros y contribuye a formas de irracionalidad especialmente en lo referente a la necesaria monitorización del tratamiento (práctica esta recomendada por la OMS así como de buenas prácticas de prescripción).

6- La inadecuada monitorización del tratamiento en pacientes que se encuentran bajo un esquema terapéutico de un profesional, lleva a automedicación desde el momento en que existen situaciones que pueden reducir eficacia o incrementar riesgos que pasan desapercibidos. Esta situación actualmente es especialmente crítica en una sociedad como la nuestra en donde (más allá de intenciones) hay una atomización de la asistencia y muchas veces ni el paciente ni los médicos conocemos "todo" lo que está tomando el paciente.

7- Uso de medicamentos de venta libre (OTC). El tema de estos medicamentos puede ser en el mejor de los casos controvertido u opinable, ya que venta libre significa no solo sin la receta médica, es decir sin una evaluación adecuada de la situación clínica particular por la que puede estar transitando el paciente, indicada por alguno de los otros actores (incluido el paciente) sino que nos encontramos "a merced" de los medios masivos de comunicación con todo el aparato de amplificación, distorsión y sesgo que ello implica (pasando por las nuevas formas de propaganda subliminal a la que en otro editorial le dedicaremos algún comentario). Recordemos solamente el conocido efecto de los analgésicos en uso crónico en relación a eventos adversos cardiovasculares, gastrointestinales, hemorrágicos, renales, por ejemplo. El caso relativamente reciente de Rofecoxib debería ser tomado en cuenta bajo esta mirada.

8- Por último, pero no menos importante, se encuentra la posibilidad en nuestro país de que el paciente adquiera medicamentos sin receta profesional aunque la ley lo exija. Este tema tiene una trascendencia demasiado importante como para ser tratado en otro artículo posterior, junto a las consecuencias de la automedicación tal como la hemos comentado, desde el punto de vista fármaco-terapéutico.

DOSSIER CLÍNICO · AUTOMEDICACIÓN: USO IRRACIONAL DEL MEDICAMENTO. UNA RESPONSABILIDAD DE TODOS.

Estas son algunas formas de automedicación en donde esquemáticamente inciden factores (con intereses) tan diferentes como:

1 - medios de comunicación
2 - sistema de salud
3 - formación profesional
4 - autoridad sanitaria
5 - farmacias
6 - industria farmacéutica
7 - la sociedad en su conjunto (con criterios histórico-culturales)
8 - el paciente y su microentorno

Nos interesa reflexionar sobre algunos aspectos de los mencionados. En primer lugar debemos reconocer que los pacientes se automedican y que ello puede interferir con el curso de un tratamiento. Por ejemplo la interferencia entre el efecto antihipertensivo y el uso de AINEs, o el aumento de la resistencia a los antibióticos. En segundo lugar tomar en cuenta que el uso adecuado de los medicamentos por parte del médico incluye una serie de procesos interactuantes (bucles al decir de Morin). Nos referimos a la importancia del vínculo médico paciente en el proceso terapéutico, el dar la oportunidad al paciente de que comunique sus preocupaciones, el respetar sus apreciaciones, creencias y actitudes frente a diferentes opciones terapéuticas. Aprender que la monitorización del tratamiento forma parte de él y es tan importante como iniciar un tratamiento. Recordar que el mal uso que se hace con la publicidad (incluyendo los medios masivos) en relación a los medicamentos, lleva a concepciones erróneas, banaliza el proceso terapéutico, y naturaliza conductas, por lo que es tarea de todos hacérselo evidente al paciente, contribuyendo a que el medicamento comience a dejar de ser un bien de consumo para ser un bien social. Es responsabilidad del médico y forma parte de la prescripción racional brindar la adecuada información sobre efectos (incluyendo no solo eficacia esperada sino probabilidad de efectos adversos e interacciones) así como alcances limitaciones y objetivos de la terapéutica instituida.

"El mal uso que se hace con la publicidad en relación a los medicamentos, lleva a concepciones erróneas, banaliza el proceso terapéutico y naturaliza conductas, por lo que es tarea de todos hacérselo evidente al paciente, contribuyendo a que el medicamento comience a dejar de ser un bien de consumo para ser un bien social."

"Es responsabilidad de todos, y como ha recomendado la OMS: pensemos globalmente y actuemos localmente."

El papel de la medicalización de la sociedad forma parte importante de este fenómeno, y especialmente la presión que sobre la sociedad ejercen los medios de comunicación en relación al uso de medicamentos (y que no alcanza con poner un pequeño letrero de "consulte a su médico"). La importancia del impacto de los medicamentos en la salud, tanto en morbilidad y mortalidad además del económico, en una sociedad, nos hace pensar sobre la pertinencia y responsabilidad que le compete a la publicidad en medios masivos de comunicación sobre estos temas, al menos en la forma en que se viene dando. Pensamos que los medios de comunicación pueden tener un papel fundamental en este proceso. Es un largo y tortuoso camino, tarea de todos, pero pensamos que debemos iniciarlo y de esta manera contribuiremos a un mejor uso del medicamento.

En este sentido, cada uno de los actores en el proceso debe realizar acciones que están bajo su absoluta responsabilidad. Las autoridades sanitarias deben promover el uso racional de medicamentos, por lo que permitir el tipo de publicidad a la que estamos expuestos es de su competencia; lo único que tienen que hacer es llevar adelante los controles adecuados en relación a la información y a la forma en que aparecen ante la sociedad estos temas, especialmente la relacionada con "crear necesidades". La industria debe brindar información más seria, menos tendenciosa. La academia, realizar una adecuada formación en estos temas para que luego el médico sea un promotor multiplicador en salud. El farmacéutico puede colaborar con una sencilla acción: exigir la receta médica para la dispensación de medicamentos. El médico, desde su lugar con el paciente entablando un vínculo terapéutico más acorde a sus necesidades. La sociedad en su conjunto también tiene el derecho y la obligación de cuidar su salud en forma responsable. Los medios de comunicación pueden hacer mucho al respecto, pero seguramente no en la forma que lo están haciendo. Es responsabilidad de todos, y como ha recomendado la OMS: pensemos globalmente y actuemos localmente. ●

AUTORES

Prof. Dr. Gustavo Tamosiunas.
Departamento de Farmacología y Terapéutica. Hospital de Clínicas.
Facultad de Medicina. Universidad de la República.

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DOCENTE ASISTENCIAL: ANESTESIA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL PEREIRA ROSSELL

Dos situaciones de últimos años nos motivaron a formar esta Unidad: una mayor demanda de Anestesiólogos y la dificultad en la formación de los Anestesistas en el área pediátrica.

Hay una mayor demanda de Anestesiólogos evidenciada incluso antes de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Esto se debe, entre otros factores, a que un mayor número de personas requieren anestesia (actualmente es posible realizar procedimientos en pacientes que antes resultaban imposibles, por su edad o comorbilidades); a la consolidación de nuevas áreas dentro de la especialidad (el desarrollo tecnológico permitió ampliar el tipo de procedimientos tanto dentro como fuera de sala de operaciones); a una distribución inadecuada de los especialistas, emigración, multiempleo. En este contexto, cumplir con la creciente demanda es por demás dificultoso, es un problema que trasciende a nuestro país: en EE.UU., por ejemplo, se proyecta un incremento del número anual de cirugías de 25% para el 2020. En nuestro medio, el número de cirugías por cada 1.000 pacientes es similar al de los países desarrollados.

Respecto a la formación de los Anestesistas en el área pediátrica, el Hospital de Clínicas, sede de la Cátedra de Anestesiología, tiene la particularidad de que prácticamente no se realizan procedimientos quirúrgicos en niños. Para paliar esto, el residente de anestesia realiza una rotación de 6 meses por el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. El progresivo aumento del número de residentes determinó que la instrumentación de la formación en anestesia pediátrica llevada hasta ahora por la Cátedra fuera del HC, se viera desbordada.

"El progresivo aumento del número de residentes determinó que la instrumentación de la formación en anestesia pediátrica llevada hasta ahora por la Cátedra fuera del HC, se viera desbordada."

Por todo lo anterior, la Cátedra de Anestesiología adhiere al Programa para la Formación y Fortalecimiento de los Recursos Humanos de los Servicios Públicos de Salud presentando varios proyectos de Unidades Docente - Asistenciales.

El propósito la UDA de Anestesia del H. Pediátrico es conformar una unidad dedicada exclusivamente a la asistencia y la formación de recursos humanos en el área de Anestesia Pediátrica, con claros objetivos docentes, asistenciales, científicos y sociales.

FUNCIONAMIENTO

A) ACTIVIDAD ASISTENCIAL

La UDA comenzó a funcionar en marzo de 2010, con tareas asistenciales bisemanales. En 2011, el aumento del número de docentes facilitado por el Programa en el marco de la emergencia sanitaria, permitió ampliar nuestra actividad a todos los días

“En estos 15 meses hemos participado en 800 procedimientos anestésico-quirúrgicos.”

de la semana y cubrir mayor número de especialidades quirúrgicas.

En estos 15 meses hemos participado en 800 procedimientos anestésico-quirúrgicos.

En marzo de 2011 organizamos las Jornadas Integradas Anestésico Quirúrgicas Pediátricas en Rivera. Durante esta intancia, que tuvo objetivos asistenciales y docentes, se realizaron 80 cirugías de Otorrinolaringología y Cirugía General y se puso a punto un protocolo de anestesia intravenosa con monitorización de profundidad anestésica mediante monitor Nindex, creado por profesionales uruguayos.

Participaron en la misma todos los residentes que habían finalizado la rotación por pediatría en el semestre y todos los integrantes de la UDA de Anestesia Pediátrica.

Valoración preoperatoria

Realizamos en forma rutinaria la valoración preoperatoria de pacientes que serán sometidos a cirugía mayor. Esta actividad, realizada en salas de internación, nos permite definir en forma conjunta con los cirujanos y otros especialistas, la oportunidad y preparación preoperatoria de niños con patologías complejas.

Hemos confeccionado protocolos de paraclínica e interconsultas según la edad y patología del niño, aunando criterios con las demás especialidades y con otros centros de referencia.

Intraoperatorio

Realizamos la cobertura de cirugías de coordinación a dos salas simultáneas, equipadas para realizar cirugías de diferentes complejidades.

La actividad asistencial se organiza en Áreas Temáticas, para profundizar los conocimientos en cada área y optimizar la integración con el resto del equipo quirúrgico. Modelos como el propuesto han demostrado disminuir francamente la morbimortalidad, manteniendo el nivel asistencial y académico acorde a la incorporación de nuevos conocimientos.

Está prevista la incorporación tencológcia para una anestesia más segura, económica y moderna: equipos de monitorización de la profundidad anestésica, prioritarios para realizar técnicas anestésicas intravenosas, y ecógrafo para técnicas regionales. Impulsamos la incorporación de la ecografía fundamentalmente en los bloqueos regionales, pues permite disminuir el consumo de agentes anestésicos inhalatorios y morfínicos durante la anestesia general, haciéndola más segura, menos inmunodepresora y con mejores scores de recuperación postoperatoria

Hemos diseñado protocolos de manejo asistencial relacionados a: Ayuno Preoperatorio, Reposición, Vías Venosas, Ventilación y Manejo del Dolor.

Postoperatorio

Realizamos el seguimiento inmediato en sala de recuperación anestésica, trasladando a sala de internación un paciente más confortable, donde se continúa con los protocolos de analgesia en curso. Los pacientes con procedimientos complejos, como la cirugía de columna, se trasladan a CTI con bombas de PCA (analgesia controlada por el paciente).

B) ACTIVIDAD DOCENTE

En nuestro país, como en países del primer mundo, si bien la formación académica y la adjudicación de títulos corresponden a la Universidad, son los hospitales públicos los que aportan recursos estructurales necesarios para el aprendizaje de los conocimientos y competencias en disciplinas clínicas.

Formación de Posgrado

Los Residentes de Anestesiología participan de la UDA en el marco de su proceso de formación, bajo la modalidad de “anestesistas tutoreados”. Los tutores, grados 2 y 3 de la Cátedra, supervisan al residente según el nivel de capacitación acorde al año del postgrado que esté cursando y a las habilidades obtenidas durante su formación, y ajustan la supervisión a la clasificación de riesgo de la American Society of Anesthesiologists (ASA), a otros factores de riesgo conocidos y al tipo de cirugía.

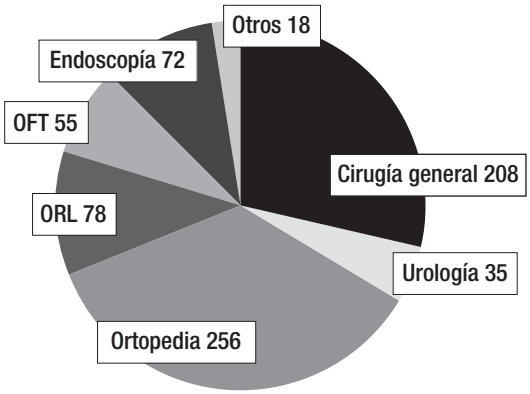
Recibimos también residentes de otras disciplinas, como CTI pediátrico, quienes rotan por la unidad para el entrenamiento en diferentes maniobras en niños.

Mensualmente, los residentes de la Unidad presentan un caso clínico en el Ateneo de la Cátedra, donde se invita a otros especialistas a participar en la atención del niño.

Somos responsables de las clases teóricas de los cursos del postgrado correspondientes a los temas de Anestesia Pediátrica.

Desarrollo Profesional Médico Continuo

Por tratarse, el nuestro, del único hospital exclusivamente pediátrico en el país, lo consideramos el lugar idóneo para potenciar la educación médica continua en la disciplina. Con este fin estamos instrumentando cursos, jornadas, talleres, con los recursos académicos y asistenciales con que contamos y los que proponemos incorporar.



Distribución de las Anestesias realizadas por la UDA, según Especialidad

En agosto, comenzaremos actividades de profundización específica en nuestra disciplina, en conjunto con anestesiólogos argentinos, en el marco de un Convenio Interinstitucional Hospital Garrahan - UDA Anestesia Pediátrica. Realizaremos las Jornadas de Anestesia Pediátrica del 8 al 13 de agosto de 2011.

Para setiembre tenemos prevista nuestra primera Jornada para Ayudantes de Anestesia y Enfermería de Block Quirúrgico, junto con la UDA Ginecobstétrica del CHPR, realizando módulos de: anestesia y analgesia regional, manejo de vía aérea y monitorización básica e invasiva.

Investigación

La anestesia convencional en pediatría es la inhalatoria, por ser más sencilla de administrar entre otras ventajas. La anestesia total intravenosa (TIVA) de uso común en adultos, es aún poco utilizada en niños. Sin embargo está demostrando ventajas clínicas en esta población: menor incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios, menor agitación en la inducción anestésica, entre otras.

En la Unidad pautamos y empleamos un protocolo de anestesia intravenosa. Para esta técnica, que requiere la monitorización de la profundidad anestésica, existen a nivel internacional monitores que integran como parámetro la actividad EEG. Pero el elevado costo de los electrodos para estos monitores ha dificultado su uso rutinario en nuestro medio.

Sin embargo se ha desarrollado en Uruguay un monitor que tiene la ventaja de funcionar con electrodos simples de ECG. En las jornadas de Rivera nos acompañaron los creadores de este equipo y lo usamos en todos los niños intervenidos. Se están procesando los datos para publicar el trabajo: Comportamiento del Índice Nindex en una población pediátrica durante la anestesia intravenosa.

EN SUMA

El balance de los primeros 15 meses de funcionamiento de la UDA Anestesia Pediátrica es ampliamente positivo: en lo Asistencial cubrimos con creces los objetivos propuestos; en lo Docente han rotado tres generaciones de residentes de anestesia y de otras especialidades; en lo Científico, este año se dan las condiciones de estabilidad necesarias para terminar los trabajos en curso y comenzar nuevos proyectos.

"El balance de los primeros 15 meses de funcionamiento de la UDA Anestesia Pediátrica es ampliamente positivo: en lo Asistencial cubrimos con creces los objetivos propuestos"

La creación de UDAs y otros sistemas que facilitan el trabajo conjunto de los profesionales de ASSE y de la Facultad, representan modelos de organización que contribuyen al logro de los objetivos del SNIS. ●

AUTORES

INTEGRANTES DE LA UDA
Dras. Ana Rodríguez, Clarisa Lauber, Marta Olivera, Leticia Freire, Alejandra Karadjian, Marcela Cerisola, Andrea Coli, Alejandra Cañarte, Andrea Rodríguez, Teresita Barrios.

UNIDADES DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Muchos autores asumen la insuficiencia cardiaca (IC) como la epidemia cardiovascular del siglo XXI. Afecta aproximadamente a 5 millones de personas en los EE.UU. y a 15 millones en la Unión Europea.

La prevalencia en la población general es del 2% y 10% en mayores de 65 años (1-3). Genera grandes problemas sanitarios por el alto porcentaje de ingresos y reingresos de los pacientes con un aumento sostenido de los mismos en los países desarrollados (4,5). Esto genera un impacto económico del orden del 1,5-2,5% del presupuesto sanitario (6). En el Uruguay los datos se presentan "fragmentados"(7). Un estudio estimó la prevalencia en 17,6 por mil y la incidencia en 8,3 por mil en una zona rural (8).

El manejo de la IC es complejo. Es difícil de diagnosticar y los pacientes tienen alta frecuencia de comorbilidades producidas tanto por la enfermedad como por la medicación siendo el tratamiento excesivamente complejo.

"El manejo de la IC es complejo. Es difícil de diagnosticar y los pacientes tienen alta frecuencia de comorbilidades producidas tanto por la enfermedad como por la medicación."

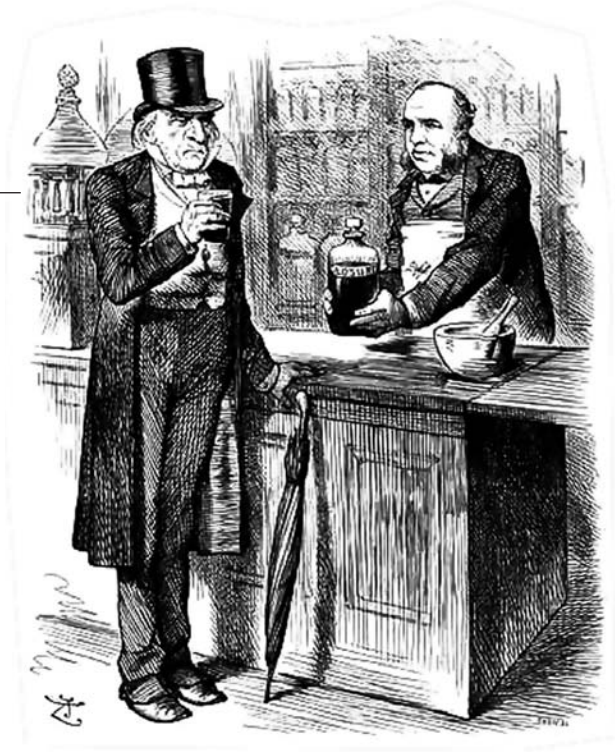
El EuroHeart survey detectó que solo el 17,2% de los pacientes con IC recibían la combinación de IECA, diuréticos y betablo que antes en el año 2003 cuando hacía tiempo ya que estaba establecido en las pautas internacionales el beneficio de estas combinaciones (9,10). Posibles explicaciones a estos hechos pueden estar en el temor de los médicos a los efectos secundarios de la medicación y sus combinaciones por una parte y a la no adherencia de los pacientes a las indicaciones médicas por otra.

Martje y col (11) realizaron una revisión sobre la no adherencia al tratamiento en pacientes con IC. Los autores concluyeron que la no adherencia es un gran problema en los pacientes con IC y que son necesarias intervenciones que puedan aumentar la adherencia de los mismos.

UNIDADES DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Las Unidades especializadas de IC surgen en el marco de los programas de manejo de enfermedades crónicas. La definición más actual de estos programas sería: "El completo acercamiento al cuidado de una enfermedad particular acompasando prevención, tratamiento y seguimiento incluyendo la implementación de pautas" (12).

Las organizaciones administradoras de salud en los EE.UU. fueron las primeras en adoptar este concepto, en parte por la estructura que permite compartir los riesgos económicos y por otra parte, la posible reducción de costos hospitalarios ofrecía un atractivo incentivo económico a estas organizaciones. Las compañías farmacéuticas también auspician estos programas debido a la necesidad de asegurar la adherencia de los pacientes a los planes terapéuticos establecidos y mantener así los ingresos por concepto de pago por medicación de las organizaciones sanitarias (13).



En un trabajo pionero (14) de intervención multidisciplinaria en pacientes mayores de 70 años previamente hospitalizados por IC se analiza el promedio de reingresos, la calidad de vida y los costos. La intervención redujo los reingresos a un 56% y se redujeron los costos en 500 dólares por paciente incluido.

En una revisión sistemática de 29 estudios randomizados de cuidados multidisciplinarios en IC, Mc Allister y col. sugieren que:

1) Entre los pacientes vinculados a un equipo multidisciplinario especializado, la mortalidad se redujo en 25%, los ingresos por IC un 26% y los ingresos por cualquier causa 19%.

2) Los que se basaban en trabajo de educación para el cuidado propio del paciente reducían la internación por IC un 34% y la internación por otras causas un 27%.

"La definición más actual de estos programas sería: "el completo acercamiento al cuidado de una enfermedad particular acompasando prevención, tratamiento y seguimiento incluyendo la implementación de pautas"

3) Los que se basaban en seguimiento telefónico conseguían una reducción de los ingresos por IC de 25% pero no de los ingresos por cualquier causa ni la mortalidad (15).

Actualmente los programas de atención a los pacientes con IC se incluyen en la última actualización de la Sociedad Europea de Cardiología con una recomendación clase I con nivel de evidencia A para disminuir ingresos hospitalarios y de clase IIa para reducir la mortalidad (2).

UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS (U.M.I.C.)

Una experiencia nacional

La UMIC comenzó a gestarse en el año 2001 y en el 2003 inicia la tarea asistencial bajo el modelo de policlínica especializada con dos médicos coordinadores, 7 médicos asistenciales (internistas y cardiólogos) un médico psiquiatra, una licenciada en enfermería, una licenciada en trabajo social, una licenciada en nutrición, un ecónomo y un estadístico.

La actividad principal es la consulta externa 5 días a la semana con un promedio de 120 consultas mensuales. El criterio de inclusión es la FEVI menor a 40%. El método de seguimiento es el de una cohorte abierta bajo el sistema de policlínica especializada con seguimiento clínico y paraclínico con apoyo telefónico.

RESULTADOS

Se han registrado 544 pacientes con edad media de 61 años +/- 11 y franco predominio masculino con un 28,6% de mujeres.

Provienen de Montevideo el 64%. Canelones conforma la mayoría de pacientes del interior correspondiendo a un 27% del total. Hay un alto porcentaje de pacientes hipertensos (64,6%) y también una alta prevalencia de tabaquismo con un 56,5%.

Respecto al tratamiento de los pacientes de la cohorte y, más precisamente, de los medicamentos que modificarían la mortalidad y los síntomas, se observa un aumento significativo de los betabloqueantes recibidos que pasaron de un 58% a un 85% correspondiendo fundamentalmente a bisoprolol y carvedilol (fig.1). La administración de IECA aumentó significativamente mientras que la espironolactona tuvo un marcado descenso dado que al ingreso sólo un 25% de los pacientes que la recibían estaban en las clases funcionales II y III que son las que, según la evidencia, deben recibirla.

Figura 1.- Diferencias logradas en la evolución en el tratamiento de los pacientes de la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardiaca.

Se aumentó la frecuencia de estudios etiológicos definiéndose más de un 50% de los casos. De esta nueva situación resulta un cambio en la frecuencia de la cardiopatía isquémica reconocida ascendiendo desde un 35% a un 70% (figura 2).

Se aumentó la frecuencia de estudios etiológicos definiéndose más de un 50% de los casos

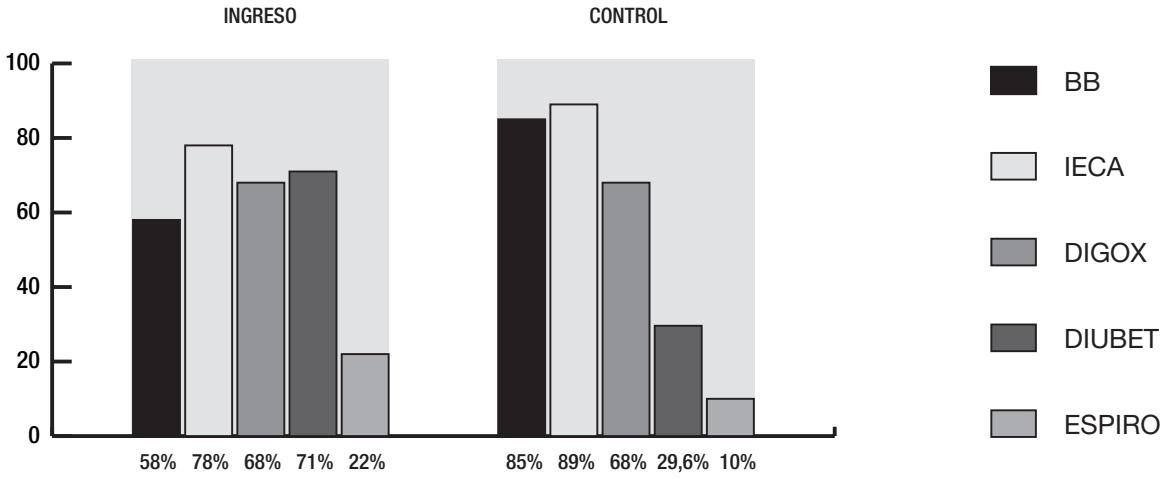


Figura 2.- Gráficas mostrando la frecuencia de etiologías definidas en la evolución de los pacientes de la cohorte UMIC y la frecuencia de dichas etiologías.

Concerniente a la evolución de las clases funcionales, es dramático el cambio que se produce en las clases más altas de la NYHA ya que los pacientes que estaban en clase III al ingreso comprendían un 24% y los que se encontraban en clase IV correspondían a un 5,4% y en el control evolutivo los valores corresponden a 6,9% y 0,7% respectivamente (figura 3)

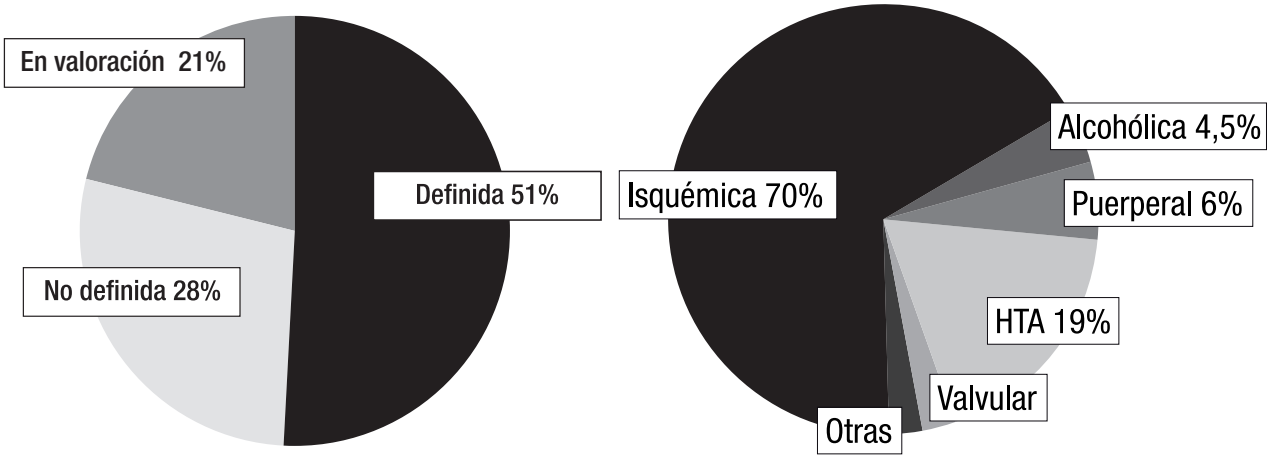
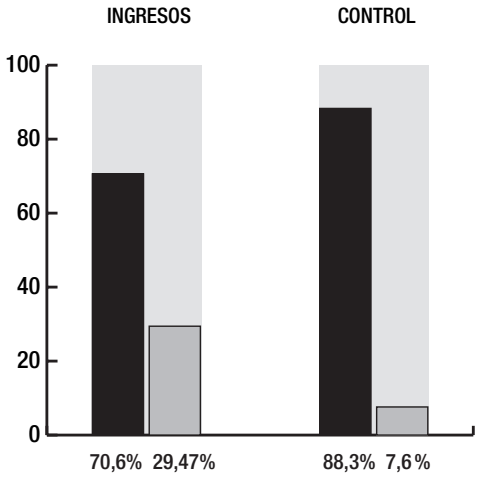


Figura 3.- Esquema de la evolución de las clases funcionales de la NYHA en los pacientes de la cohorte UMIC agrupados en clases funcionales altas (III,IV) y bajas (I,II).

Respecto a los ingresos hospitalarios por descompensación de IC, comparando el número de ingresos en los dos años previos al registro contra los eventos de ingresos durante el seguimiento, se comprueba una reducción de los ingresos hospitalarios de 43%.



"La IC es una enfermedad muy común y costosa con mal pronóstico y pobre calidad de vida, de todas maneras se pueden realizar cosas para cambiar esta situación."

10. Unidades de insuficiencia cardiaca.

Autores:

CONCLUSIONES

La IC es una enfermedad muy común y costosa con mal pronóstico y pobre calidad de vida, de todas maneras se pueden realizar cosas para cambiar esta situación.

En el contexto de las enfermedades cardiovasculares, en el que proliferan innovaciones (farmacológicas, tecnológicas) de forma casi imparable, es probable que, en los procesos crónicos como la IC, no se trate tanto de incorporar nuevas tecnologías sino de conseguir que las disponibles consigan su máximo efecto con intervenciones relativamente poco complejas y de fácil ejecución.

Los datos obtenidos de los primeros 5 años de gestión de la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardiaca del Hospital de Clínicas confirmarían el beneficio de este tipo de intervención en la reducción de los ingresos hospitalarios por IC, la mejoría de la calidad de vida de los pacientes medida por la clase funcional y el mayor cumplimiento del tratamiento farmacológico según las pautas internacionales.

AUTORES

Dres. P. Álvarez, W. Antúnez, G. Ormaechea y grupo UMIC:
Dres. G. Silvera, M. Valverde, I. Batista, G. Parma, D. Olivari, V. Pérez, R. Andrade, S. Acle, P. Muñiz, L. Florio,
E.U. C. Chamorro, L.T.S. L. Icasuriaga, LL.NN. T. Barreiro, S. Puig,
A.E. O. Rivero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Eur Heart J 2008;29:2388-2442.

2. Hunt SA, Abraham WT, Chin M H.et al. 2009 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults. J Am Coll Cardiol 2009;53:e1-e90.

3. Lindenfeld, J, Albert NM, Boehmer JP, et al. HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. J Card Fail 2010;16:e1-e194.

4. Heidenreich PA, Sahay A, Kapoor JR, Pham MX, Massie B. Divergent trends in survival and readmission following a hospitalization for heart failure in the Veterans Affairs health care system 2002 to 2006. J Am Coll Cardiol. 2010;56:362–368.

5. Curtis LH, Greiner MA, Hammill BG, et al. Early and long-term outcomes of heart failure in elderly persons, 2001–2005. Arch Intern Med. 2008;168: 2481–2488.

6. Stewart S, Jenkins A, Buchan S, McGuire A, Capewell S, McMurray JJ. The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK. Eur J Heart Failure 2002;4:361-71.

7. Romero C.;Salveraglio C.;Sandoya E.;Senra H. 2º Consenso Uruguayo de Insuficiencia Cardiaca Rev. Noticias .Supl. setiembre 2004.

8. Pichuaga MC:Vivas R:Diaz D'Agosto M: MacedoJC. La practica medica general en un medio rural III.Sobre la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardiaca congestiva. Rev.Med, Uruguay 1990;6:9-12.

9. The Study Group of Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The EuroHeart Survey programme- a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe.Part 2: treatment. Eur Heart J 2003;24:464-74.

10. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Jessup M, Konstam MA, Mancini DM, Michl K, Oates JA, Rahko PS, Silver MA,Stevenson LW, Yancy CW. ACC/AHA 2005 guidelines update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines(writing committee to update the 2001 Guidelines for the evaluation and Management of Heart Failure.

11. Martje H.L. van der Wal, Tiny Jaarsma, Dirk J, van Veldhuisen. Non –compliance in patients with Heart failure; how can we manage it? .Eur J Heart Fail 7 (2005) 5-17.

12. McDonald K, Conlon C. Ledwidge M. Disease Management programs for heart failure: Not just for the sick heart failure population.Eur Heart Fail (2006) article in press. Accessed 5/5/2006.

13. Harlan M. Krumholz, MD, FAHA; Meter M. Currie, MHS; Barbara Riegel, DNSc, RN, CS, FAHA; Christopher O. Phillips, MD, MPH; Eric D. Peterson, MD, MPH; Renee Smith MPA; Clyde W. Nancy, MD, FAHA; David P. Faxon, MD, FAHA. A Taxonomy for Disease Management. A Scientific Statement From the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group.Circulation. 2006; 114:1432-1445.

14. Rich MW., Beckham V., Wittenberg C et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl. J Med 1995;333:1190-5.

15. FinlayA.McAlister,MD,MSc,FRCPC,SimonStewart,PhD,FESC,FAHA,StefaniaFerrua,MD,JohnJ.J.V.McMurray,MD,FESC,FACC. Multidisciplinary Strategies for the management of Heart Failure Patients at High Risk for Admission.A systematic review of Randomized Trials. J Am Coll Cardio 2004;44:810-9.

Contacto
sermedico@smu.org.uy

CONOCIMIENTO COMPROMISO CORRESPONSABILIDAD