

Ciertas condiciones son tratadas menos frecuentemente en pacientes con enfermedades crónicas

The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. Redelmeier DA, Tan SH, Booth GL. N Engl J Med 1998;338:1516-20

Objetivo

Evaluar la hipótesis de que los pacientes con ciertas enfermedades tienen menos probabilidades de recibir tratamiento si, concurrentemente, tienen enfermedades médicas crónicas.

Diseño

Estudio de corte transversal.

Lugar

Ontario, Canadá.

Pacientes

Todos los residentes de Ontario, mayores de 65 años que recibían tratamiento para las enfermedades crónicas estudiadas: diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y síndromes psicóticos identificados a través de la prescripción de insulina, bromuro de ipratropio y haloperidol respectivamente. Para cada una de estas enfermedades crónicas se seleccionó un tratamiento no relacionado directa ni indirectamente con la misma. El tratamiento era bien definido y menos importante pero no trivial. Los tratamientos seleccionados fueron terapia de reemplazo hormonal (TRH) para los pacientes con DM, hipolipemiantes para los pacientes con EPOC y tratamiento para la artritis para los pacientes psicóticos.

El estudio incluyó 1.344.145 pacientes (56% mujeres, edad media de 74 años). De ellos, 1.226.064 (91%) recibían al menos una medicación (58% de éstos eran mujeres, edad media de 74 años).

Resultados

Los pacientes con DM recibían menos terapia de reemplazo hormonal que otros pacientes (2.4% vs. 5.9%, $P < 0.001$). En otras palabras, la DM se asoció a un 60% menos de "riesgo" de recibir TRH ($OR^* 0.40$, $IC95\% 0.37-0.43$).

Los pacientes con EPOC recibían menos medicación hipolipemiente que los otros pacientes (6.3% vs. 8.7%, $P < 0.001$). Es decir, el EPOC estuvo

asociado con un 31% menos de "riesgo" de recibir hipolipemiantes ($OR^* 0.69$, $IC95\% 0.67-0.72$).

Similarmente los pacientes psicóticos recibían menos tratamiento de la artritis que los otros pacientes (18% vs. 27% $P < 0.001$, $OR^* 0.59$, $IC 95 0.57-0.62$).

Tabla 1. Sumario del Análisis

Enfermedad Crónica y Tratamiento No relacionado Reducción Relativa*	Porcentaje de (IC 95%)#
DM y TRH	
Análisis básico	60 (57-63)
Análisis multivariado†	60 (57-63)
Análisis estratificado	
Preparaciones orales	60 (57-63)
Preparaciones transdérmicas	55 (40-66)
Análisis de 1990	61 (55-66)
EPOC e hipolipemiantes	
Análisis básico	31 (28-33)
Análisis multivariado†	23 (20-26)
Análisis estratificado‡	
Estatinas	32 (30-35)
Agentes no estatínicos	21 (16-26)
Análisis de 1990	35 (29-40)
Síndromes psicóticos y tratamiento antiartrítico	
Análisis básico	41 (38-43)
Análisis multivariado†	38 (35-40)
Análisis estratificado‡	
AINEs	41 (39-43)
DMA	55 (40-66)
Análisis con datos de 1990	40 (37-42)

Las reducciones relativas en el tratamiento están basadas en cálculos de odds-ratio*. $P < 0.001$ para todas las reducciones.

† Análisis ajustado para edad y sexo

‡ En este caso se analiza según familia de drogas

AINEs = antiinflamatorios no esteroides. DMA = drogas modificadoras de la artritis.

Conclusiones

En los pacientes de 65 años o más que tenían enfermedades médicas crónicas y que recibían medicación sin cargo, las enfermedades no relacionadas eran subtratadas.

Fuente de financiamiento: Institute for clinical Evaluative Sciences, Ontario. Career scientist award del Ministerio de Salud de Ontario. Fellowship award de MRC de Canadá.

COMENTARIO

La hipótesis de que los pacientes con una enfermedad crónica lo suficientemente importante como la diabetes, el EPOC o la psicosis suelen ser subtratados por otras condiciones es la conclusión final de este estudio que, por el tamaño de la muestra, difícilmente pueda ser refutada. No obstante, ciertas limitaciones merecen tenerse en cuenta: La probabilidad de falsos negativos, es decir diabéticos que no reciben insulina, EPOC que no reciben ipratropio o psicóticos que no reciben haloperidol así como de falsos positivos, es decir individuos que reciben insulina, ipratropio o haloperidol y no son diabéticos, EPOC o psicóticos respectivamente, no está controlada. Asimismo el sobretratamiento de pacientes que no tienen estas enfermedades crónicas podría reducir la validez del estudio pero difícilmente explique totalmente las diferencias. El estudio no cuenta con información clínica de los pacientes ya que se hizo revisando la base de datos farmacológica de la provincia, que, como parte de un programa estatal, cubre la medicación prescrita en forma gratuita. Por lo tanto, los motivos por los cuales esta población aparenta estar menos tratada por condiciones concomitantes (dislipidemia, menopausia, artritis) no pueden inferirse concluyentemente. El no tratamiento puede deberse a subdiagnóstico, decisión médica o

de los pacientes. También el hecho de que esta población sea mayor de 65 años podría permitirnos suponer que los médicos y los pacientes, por razones varias como adherencia, interacciones o efectos adversos son más reticentes a polimediar y en consecuencia eligen tratar el peor de los males. En este caso tres enfermedades serias fueron confrontadas con tres enfermedades o condiciones que podrían considerarse menos graves.

Deberemos también ser muy cautelosos a la hora de sacar conclusiones o trasladar automáticamente los resultados a nuestros pacientes. El precio de la medicación, la situación socioeconómica de la población o su situación urbana o rural, la fragmentación de los cuidados, son todos factores que pueden modificar sustancialmente las decisiones de tratamiento. Finalmente, este estudio confirma una impresión basada en la experiencia clínica: al enfrentarnos con pacientes con patologías graves que demandan un cuidado intenso uno puede pasar por alto otros problemas menos acuciantes pero aun así molestos para el paciente. De todas maneras, otra pregunta que no es respondida ni puede inferirse de este estudio es: ¿Son mejores los resultados si se tratan todas las enfermedades de un paciente confrontado al de tratar sólo la o las más graves?

*Ver Glosario

Dr. Carlos García

Unidad de Medicina Familiar. Hospital Italiano de Buenos Aires

Referencias

- Steinbrook R. Patients with multiple chronic conditions-How many medications are enough. N Engl J Med 1998;338:1541-2