

Comprensión de las instrucciones de un departamento de urgencias: ¿saben qué hacer los pacientes cuando no las entienden?

Engel KG, Heisler M, Smith DM, Robinson CH, Forman JH, Ubel PA. Patient comprehension of emergency department care and instructions: Are patients aware of when they do not understand? *Ann Emerg Med.* 2009;53:454-61.

Objetivo: para entender las instrucciones ofrecidas después de una visita al departamento de urgencias, los pacientes deberían entender tanto el cuidado que han recibido como las recomendaciones dadas al alta. El objetivo de este estudio es evaluar el grado de comprensión del tratamiento recibido en urgencias, las instrucciones ofrecidas al alta y los defectos de comprensión de estas recomendaciones.

Métodos: se realizaron entrevistas estructuradas a 140 adultos, angloparlantes, o a sus cuidadores de atención primaria, después de haber sido dados de alta en 2 sistemas de salud. Los participantes señalaban el grado de comprensión en 4 áreas: 1) diagnóstico y causa; 2) cuidados en el departamento de urgencias; 3) cuidados posturgencia, y 4) instrucciones para la revisión.

Se evaluó el grado de concordancia de las respuestas ofrecidas por los enfermos para cada una de estas 4 áreas y su concordancia mediante registro gráfico. Dos autores asignaron una puntuación a cada caso, de forma independiente, y discutieron las discrepancias antes de señalar un resultado de concordancia final (sin concordancia, mínima concordancia, parcial, casi concordancia y concordancia completa).

Resultados: el 78% de los pacientes demostraron una comprensión deficiente (menos que completa) en al menos una de las 4 áreas; el 51% en 2 o más áreas. Más de un tercio de estas deficiencias (34%) afectaba a la comprensión de los cuidados que debían seguir al alta en urgencias, mientras que sólo el 15% estaba en relación con el diagnóstico y su

causa. La mayor parte de los pacientes con dificultad para comprender las instrucciones ofrecidas en urgencias no eran capaces de percibir este déficit de entendimiento. Sólo el 20% de los que habían referido dificultades para entender lo que se les decía lo percibían como tal.

Conclusión: Muchos pacientes no entienden las recomendaciones e instrucciones que se les dan al alta en un departamento de urgencias, y la mayoría no son conscientes de esta dificultad de comprensión.

Comentario

La tendencia actual es aumentar el cuidado de los enfermos en régimen ambulatorio. En este contexto, los pacientes deben asumir la responsabilidad de su cuidado. La capacidad de un paciente de seguir las recomendaciones médicas tras la visita a un servicio de urgencias es directamente proporcional al entendimiento de estas pautas.

En este estudio realizado en Michigan (EE. UU.) se demuestra que cuando los enfermos son dados de alta en un servicio de urgencias presentan una deficiencia importante en la comprensión de las recomendaciones que afectan a su tratamiento, seguimiento, revisiones, etc. Sólo el 20% de los enfermos eran conscientes de esta falta de comprensión.

Los resultados de este estudio indican que el personal médico de urgencias debería intentar asegurarse de que, antes de que el enfermo abandone la urgencia, el nivel de comprensión de las recomendaciones ofrecidas es adecuado. Una verificación de que el paciente ha entendido estas recomendaciones puede ser invitándolo a exponer con “sus propias palabras” lo que se le ha dicho. Probablemente nuestro trabajo será más útil si, en lugar de limitarnos a dar el alta, conseguimos que el paciente entienda razonablemente estas recomendaciones y así pueda asumir también la responsabilidad de su cuidado.

A. Zapatero Gaviria

Servicio de Medicina Interna, H. Fuenlabrada, Fuenlabrada, España

Correo electrónico: azapatero.hflr@salud.madrid.org

doi:10.1016/j.rce.2009.05.004

Prevención de fracturas no vertebrales con vitamina D oral y dosis dependencia. Un metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados

Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Wong JB, Stuck AE, Staehelin HB, Orav EJ, et al. Prevention of nonvertebral fractures with oral vitamin D and dose dependency. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2009;169:551-561.

Introducción: la capacidad para reducir la incidencia de fracturas de la administración de suplementos de vitamina D ha sido cuestionada por estudios recientes.

Métodos: se realizó un metaanálisis sobre la eficacia de los suplementos orales de vitamina D para prevenir fracturas no vertebrales y de cadera en individuos mayores de 65 años. Se incluyeron 12 ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo para fracturas no vertebrales (n=42.279 individuos) y 8 ensayos clínicos aleatorizados para fractura de cadera (n=40.886 individuos) comparando vitamina D con o sin calcio, con calcio o placebo. Para valorar la adherencia al tratamiento, los autores multiplicaron la dosis por el porcentaje de adherencia y de esa

manera estimaron la dosis media recibida (dosis por adherencia) para cada tratamiento.

Resultados: el riesgo relativo para la prevención de fracturas no vertebrales era de 0,86 (intervalo de confianza [IC] al 95%: 0,77–0,96) y 0,91 para fracturas de cadera (IC al 95%: 0,78–1,05), pero con heterogeneidad para ambos objetivos. Incluyendo todos los tratamientos, la capacidad para reducir la incidencia de fracturas se incrementó significativamente con las dosis más altas y con los niveles séricos más elevados de 25-hidroxivitamina D. Consistentemente, al agrupar tratamientos con dosis superiores a 400 UI/día se resolvió la heterogeneidad. Para las dosis más altas, el riesgo relativo era de 0,80 (IC al 95%: 0,72–0,89; n=32.265 individuos de 9 estudios) para fracturas no vertebrales y 0,82 (IC del 95%: 0,69–0,97; n=31.872 estudios de 5 individuos) para fracturas de cadera. Las dosis más altas redujeron las fracturas no vertebrales tanto en individuos que vivían en la comunidad (–29%) como en pacientes institucionalizados (–15%) y su efecto era independiente de suplementos adicionales de calcio.

Conclusión: la prevención de fracturas no vertebrales con suplementos de vitamina D es dosis dependiente y las dosis más altas deberían reducir las fracturas al menos un 20% en individuos mayores de 65 años.

doi:10.1016/j.rce.2009.06.007

Comentario

El metaanálisis tiene el grado más alto de evidencia, constituyendo una ampliación de un metaanálisis realizado previamente por los mismos autores (JAMA 2005;293:2257). Un elemento novedoso del estudio es el cálculo de la adherencia multiplicando la dosis de vitamina D empleada por la adherencia de cada ensayo, ya que la falta de cumplimiento es una de las causas más frecuentes de fracaso terapéutico en las enfermedades crónicas. La capacidad para reducir la incidencia de fracturas es valorada en función de la dosis y de los niveles de vitamina D conseguidos, siendo necesarias dosis de vitamina D superiores a 400 UI para alcanzar el objetivo marcado. Se observa un mayor beneficio con colecalciferol que con ergocalciferol, siendo el efecto igualmente favorable en pacientes institucionalizados y ambulatorios, no modificando los resultados la administración de suplementos de calcio siempre que la dosis de vitamina D sea superior a 400 U.

J.L. Pérez Castrillón

Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España
Correo electrónico: castrv@terra.es

Ensayo sobre los efectos de la rehabilitación respiratoria domiciliaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Maltais F, Bourbeau J, Shapiro S, Lacasse Y, Perrault H, Baltzan M, et al. Effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized trial. *Ann Intern Med.* 2008;149:869–78.

Antecedentes: la rehabilitación domiciliaria es un procedimiento prometedor para mejorar la accesibilidad de los pacientes a los programas de rehabilitación respiratoria.

Objetivo: valorar si la rehabilitación respiratoria domiciliaria, automonitorizada, es tan efectiva como la rehabilitación ambulatoria hospitalaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Diseño: ensayo de no inferioridad, aleatorizado, multicéntrico.

Ámbito: 10 centros médicos comunitarios y universitarios de Canadá.

Pacientes: 252 pacientes con EPOC moderada a severa.

Intervención: tras un programa de educación durante 4 semanas, los pacientes tomaron parte en un programa de rehabilitación respiratoria domiciliaria o rehabilitación hospitalaria ambulatoria durante 8 semanas. Se realizó un

seguimiento durante 40 semanas hasta completar 1 año de estudio.

Medidas: la variable principal fue la modificación al año de la escala de disnea del “Cuestionario de Percepción de Salud en Enfermedades Respiratorias Crónicas” (*Chronic Respiratory Questionnaire*). El análisis principal se basó en un método modificado de la intención de tratar, incluyendo todos los pacientes que proporcionaron datos en el tiempo de seguimiento especificado, independientemente de su nivel de adhesión. Se usó un modelo de regresión ajustado por los efectos del centro, el sexo y el nivel basal. Todas las diferencias fueron calculadas como intervención domiciliaria menos intervención ambulatoria.

Resultados: ambas intervenciones produjeron una mejora similar en la escala de disnea del “Cuestionario de Percepción de Salud en Enfermedades Respiratorias Crónicas” al año: mejoría de la disnea de 0,62 unidades (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,43–0,80) en la intervención a domicilio (n=107) y 0,46 unidades (IC del 95%: 0,28–0,64) en el programa hospitalario (n=109). La diferencia entre los dos tratamientos al año fue pequeña y clínicamente irrelevante. El IC del 95% de las diferencias no excedió el margen de no inferioridad preespecificado de 0,5: diferencia en la puntuación de la disnea de 0,16 (IC del 95%: 0,008–0,40). La mayoría de los efectos adversos estuvieron relacionados con las exacerbaciones de la EPOC. No se consideró que hubiese efectos adversos importantes relacionados con las intervenciones del estudio.

Limitaciones: no pudo averiguarse la contribución del programa de educación a la mejora del estado de salud y la tolerancia al ejercicio.