

Número coordinado por Soledad Márquez (Escuela Andaluza de Salud Pública) y Ricard Meneu

Editorial

La perspectiva de los pacientes 3

Organización de la atención sanitaria, intervenciones para mejorar la práctica clínica

La diferente efectividad de las estrategias orientadas a modificar la práctica clínica 5

El desconocimiento de las características y utilidad de la farmacovigilancia se asocia a una baja notificación de reacciones adversas a medicamentos 6

¿Son útiles los centros de día? Un mal ejemplo para la Psiquiatría Basada en Pruebas 7

Utilidad de los programas de gestión de enfermedades en la prevención secundaria de enfermedades coronarias 8

La recuperación tras colecistectomía laparoscópica es similar en cirugía ambulatoria y bajo ingreso 9

Efectividad: Tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos

El cribado intensivo del cáncer de pulmón no es efectivo 10

El tratamiento más eficaz en la hepatitis C crónica es la combinación de peginterferon alfa-2b y ribavirina 11

El cribado auditivo neonatal universal no ha probado que mejore los resultados sobre el lenguaje a largo plazo 12

La ausencia de cambios electrocardiográficos diagnósticos en el IAM no implica necesariamente un buen pronóstico: una oportunidad para mejorar la estratificación de riesgo 13

Hay pocas pruebas sobre qué tipo de intervenciones son efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento con fármacos antirretrovirales 14

Calidad y adecuación de la atención sanitaria

El tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular se emplea mejor de lo que se espera, cuando el estudio se hace con cierta fineza 15

Algunas dificultades en el uso de las evidencias dependen de la subjetividad de los profesionales 16

Una intervención educativa sobre los médicos contribuye a reducir el consumo de antibióticos en niños menores de 6 años 17

Evaluación económica, eficiencia, costes

La medición de la disponibilidad a pagar: limitaciones y posibles soluciones 18

Se puede mejorar el tratamiento de la hipertensión arterial al mismo tiempo que reducir su coste 19

El coste-efectividad de la Terapia Fotodinámica con Verteporfino para la degeneración macular asociada a la edad no avala su generalización 20

Una revisión de los estudios españoles de evaluación económica de la sanidad: podemos hacer más y mejor 21

Utilización de servicios sanitarios

Hay un núcleo de pacientes que utilizan al tiempo los servicios de urgencias y los servicios sociales, que tienen múltiples problemas no resueltos o no identificados 22

Gestión: Instrumentos y métodos

Gestionar la investigación en los hospitales también es tarea de los gestores 23

Aplicación del modelo EFQM de excelencia en Atención Primaria 24

Política sanitaria

El filtro en Atención Primaria: instrumento, no finalidad 25

Políticas de salud y salud pública

Violencia física y psicológica en parejas adolescentes: más común de lo que parece 26

La obesidad es el principal factor de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en mujeres americanas adultas 27

Experiencias y perspectivas de los pacientes

"Toma de decisiones compartida": La perspectiva de los (o algunos) consumidores 28

Los informes de las agencias de evaluación

Insuficiente evidencia sobre la eficacia de los antagonistas de los receptores de leucotrienos en el asma. Un ejemplo de las dificultades en la evaluación de nuevos fármacos 29

Redada: Recursos sanitarios en www

www.HealthySkepticism.org El sano escepticismo de la evidencia científica 30

La ciencia sobre el papel

El método es cuestión de método 31

Editor

Ricard Meneu de Guàrdia, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia.

Editores asociados

Enrique Bernal Delgado, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Zaragoza.

Juan del Llano Señaris, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

Soledad Márquez Calderón, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Granada.

Jaume Puig i Junoy, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Consejo de redacción

Joan Josep Artells (Madrid)
 Xavier Bonfill (Barcelona)
 Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
 José Cuervo Argudín (Barcelona)
 Cristina Espinosa (Barcelona)
 Jordi Gol (Madrid)
 Beatriz González López-Valcárcel (Las Palmas)
 Ildelfonso Hernández (Alacant)
 Albert Jovell (Barcelona)
 Jaime Latour (Alacant)
 Félix Lobo Aleu (Madrid)
 José J. Martín Martín (Granada)
 Vicente Ortún Rubio (Barcelona)
 Salvador Peiró (València)
 Laura Pellisé (Madrid)
 María José Rabanaque (Zaragoza)
 José Ramón Repullo (Madrid)
 Fernando Rodríguez Artalejo (Madrid)

Consejo editorial

Ricard Abizanda (Castellón)
 Javier Aguiló (València)
 Jordi Alonso (Barcelona)
 Paloma Alonso (Madrid)
 Alejandro Arana (Barcelona)
 Andoni Arcelay (Vitoria)
 Manuel Arranz (València)
 Pilar Astier Peña (Pamplona)
 José Asúa (Vitoria)
 Adolfo Benages (València)
 Juan Bigorra Llosas (Barcelona)
 Lluís Bohigas (Madrid)
 Bonaventura Bolívar (Barcelona)
 Francisco Bolumar (Alacant)
 Eduardo Briones (Sevilla)
 Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
 Juan Cabasés Hita (Pamplona)
 Jesús Caramés (A Coruña)
 David Casado Marín (Barcelona)
 Carmen Casanova (València)
 Eusebi Castaño Riera (Mallorca)
 Enrique Castellón (Madrid)
 Xavier Castellés (Barcelona)
 Jordi Colomer (Barcelona)
 José Conde Olasagasti (Toledo)
 Indalecio Corugedo (Madrid)
 José Expósito Hernández (Granada)
 Lena Ferrús (Barcelona)
 Anna García-Altés (Boston, EE.UU.)
 Fernando García Benavides (Barcelona)
 Joan Gené Badía (Barcelona)
 Juan Gervas (Madrid)
 Luis Gómez (Zaragoza)
 Mariano Guerrero (Murcia)

Álvaro Hidalgo (Madrid)
 Pere Ibern Regàs (Barcelona)
 Jokin de Irala Estévez (Pamplona)
 Puerto López del Amo (Granada)
 Guillem López i Casasnovas (Barcelona)
 Susana Lorenzo (Madrid)
 Manuel Marín Gómez (València)
 Javier Marión (Zaragoza)
 Juan Antonio Marqués (Murcia)
 José Joaquín Mira (Alacant)
 Pere Monràs (Barcelona)
 Jaume Monteis (Barcelona)
 Carles Murillo (Barcelona)
 Silvia Ondategui Parra (Barcelona)
 David Oterino (Asturias)
 Olga Pané (Barcelona)
 Pedro Parra (Murcia)
 Josep Manel Pomar (Mallorca)
 Eduard Portella (Barcelona)
 Félix Pradas Arnal (Zaragoza)
 Octavi Quintana (Madrid)
 Enrique Regidor (Madrid)
 Marisol Rodríguez (Barcelona)
 Pere Roura (Barcelona)
 Montse Rué (Cambridge, MA)
 Ramón Sabés Figuera (Barcelona)
 Ana Sainz (Madrid)
 Pedro Saturno (Murcia)
 Pedro Serrano (Las Palmas)
 Serapio Severiano (Madrid)
 Ramón Sopena (València)
 Bernardo Valdivieso (València)
 Juan Ventura (Asturias)
 Albert Verdagué Munujos (Barcelona)

Revistas revisadas sistemáticamente

American Journal of Public Health
 Annals of Internal Medicine
 Atención Primaria
 Australian Medical Journal
 British Medical Journal (BMJ)
 Canadian Medical Association Journal
 Cochrane Library
 Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención
 Primaria
 Epidemiology
 European Journal of Public Health
 Gaceta Sanitaria
 Health Affairs
 Health Economics

Health Services Research
 International Journal on Quality in Health Care
 Joint Commission Journal on Quality Improvement
 Journal of American Medical Association (JAMA)
 Journal of Clinical Epidemiology
 Journal of Clinical Governance
 Journal of Epidemiology & Community Health
 Journal of General Internal Medicine
 Journal of Health Economics
 Journal of Public Health Medicine
 Health Expectations
 Lancet
 Medical Care
 Medical Care Review

Medical Decision Making
 Medicina Clínica (Barcelona)
 New England Journal of Medicine
 Quality in Health Care
 Revista de Administración Sanitaria
 Revista de Calidad Asistencial
 Revista Española de Salud Pública
 Revue Prescrire
 Social Science & Medicine

Otras revistas, fundamentalmente de especialidades médicas y de enfermería, son revisadas de forma no sistemática.

GCS es una publicación especializada, de periodicidad trimestral, que se distribuye exclusivamente a personal de los servicios de salud. GCS está especialmente dirigida a responsables de centros y servicios sanitarios y de unidades asistenciales, tanto a nivel hospitalario, como de atención primaria y de salud pública.

Depósito legal: V. 3.643 - 1999
 ISSN: 1575-7811

Oficina editorial

Fundación IISS
 C/ San Vicente 112 - 3
 46007 - VALENCIA
 Tel. 609153318
 email: iiss_mr@arrakis.es

Imprime

Artes Gráficas Soler, S. L. - La Olivereta, 28
 46018 VALENCIA

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

La perspectiva de los pacientes

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

La relación entre médicos y pacientes está cambiando. Esta obviedad es enunciada con diferentes tonos según la posición de cada actor en la relación de agencia que subyace en toda consulta profesional. Mientras aquellos pacientes más deseosos de que sus preferencias y expectativas sean incorporadas a las decisiones clínicas sobre su salud ponen el énfasis en la dificultad de cambiar los modos de práctica usual, los sanitarios más confortables con el modelo paternalista vigente expresan su queja por lo que interpretan como una degradación de su papel y una socavación de su autoridad. La deseable mejora de la adecuación asistencial desde la perspectiva del paciente exige determinar para quién y según qué dimensiones debe considerarse tal adecuación. Surge así la necesidad de valorar las actitudes ante el riesgo, las preferencias y las utilidades de cada paciente ante una decisión clínica. No es una novedad. Desde siempre los profesionales sanitarios han intentado adaptar el mejor conocimiento técnico del que disponen a las características específicas del paciente concreto. Se han formulado diferentes modelos para describir las formas de interacción informada entre médicos y pacientes. Ninguno de ellos se da en la práctica de un modo puro, pero forman un *continuum* que partiendo del modelo paternalista, en el que el profesional asume la interpretación de lo que es mejor para el paciente, pasan por la "decisión informada" y llegan hasta la "toma de decisiones compartida".

Aun así, diferentes investigaciones vienen demostrando que el logro de estos objetivos no siempre se alcanza de manera suficiente. La evidencia disponible informa que muchos usuarios tienen claras preferencias respecto a los posibles tratamientos (1), que éstas no son siempre predecibles (2), que los médicos a menudo no logran su cabal comprensión (3), al tiempo que algunos pacientes no desean jugar un papel activo en su propia asistencia (4). La revisión de esta literatura (5) pone de manifiesto que los pacientes, los profesionales y la población general tienen a menudo diferentes preferencias ante las alternativas terapéuticas y que la dirección y magnitud de esas discrepancias no parece ser consistente y varía según las patologías. Así, los estudios que comparan las preferencias de los pacientes con las de los médicos y las guías publicadas para enfermedades cardiovasculares sugieren que los primeros son más adversos a los tratamientos farmacológicos que los profesionales, mientras algunos estudios sobre patologías respiratorias destacan que los pacientes reclaman antibióticos por razones que los sanitarios consideran inadecuadas.

Cada vez se extiende más el convencimiento de que muchas decisiones médicas se sitúan en una zona de sombra en la que la decisión óptima para un paciente dista de estar clara y donde personas razonables pueden elegir –razonablemente– opciones diferentes e incluso opuestas (6). Las discrepancias en la elección entre opciones alternativas tienen especial importancia en aquellos procesos con diferencias relevantes en cuanto a sus resultados –muerte vs. discapacidad–, probabilidad e impacto de complicaciones o de un desenlace grave, o cuando existen intercambios importantes entre los resultados a corto y largo plazo. También cuando los individuos tienen especial aversión al riesgo o los pacientes otorgan una importancia inusual a algunos aspectos de los resultados (7).

Desde esta perspectiva parece lícito asumir que la participación de los pacientes en las decisiones sobre su salud tiene una influencia positiva sobre los resultados de la asistencia. Una mayor implicación de los pacientes en las decisiones sobre sus tratamientos y una mejor comprensión de los riesgos y beneficios asociados a las distintas alternativas eficaces redanda en una interacción más provechosa con los profesionales sanitarios y en una mayor adherencia a los tratamientos. Entre los ejemplos más comunes se suele citar la cirugía para la hiperplasia benigna de próstata o sobre las hernias lumbares, la terapia hormonal sustitutiva en mujeres posmenopáusicas o la anticoagulación en ausencia de fibrilación valvular atrial.

GCS ha mostrado su interés por las causas y las repercusiones de la variabilidad en la práctica médica, generalmente adoptando la perspectiva de la hipótesis de la incertidumbre profesional. Si imaginamos un escenario distinto del habitual, en el que los usuarios fueran sistemáticamente informados de los riesgos y beneficios de los tratamientos disponibles y estuvieran activamente implicados en el proceso de toma de decisiones, las variaciones apreciadas en las tasas quirúrgicas, exploraciones diagnósticas o cualquier otra práctica sanitaria, estarían basadas en las elecciones de los pacientes entre las opciones técnicamente "adecuadas", más que en las preferencias de cada médico individual o las recomendaciones emanadas de paneles de expertos para un paciente "promedio" (8).

Sin embargo, en la actualidad no parece que las preferencias de los pacientes estén suficientemente incorporadas al proceso de toma de decisiones clínicas, lo que puede ilustrarse

a través de un par de ejemplos con implicaciones para las llamadas "políticas de género". La efectividad de la prostatectomía en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata –una patología de este órgano de género femenino que sólo existe en los individuos de sexo masculino– depende de cuáles son las dimensiones de calidad de vida preferidas por los pacientes (incontinencia, impotencia). Sendos videos mostrando a un par de médicos con prostatismo sintomático –uno que optó por ser intervenido quirúrgicamente y otro que prefirió la estrategia de vigilancia expectante– en los que relatan su proceso de toma de decisiones y la experiencia ulterior, resultan una valiosa ayuda para que el paciente pueda tomar una decisión informada, siempre que la información utilizada para elaborar el video sea válida (9). Un ejemplo alternativo ya clásico nos lo proporciona la modificación de las tasas de histerectomías –resección del útero, órgano de género masculino privativo de individuos de sexo femenino– en un cantón suizo en los años ochenta (10). Una campaña de información a través de los medios de comunicación se tradujo en una reducción del 26% en las tasas de histerectomía para mujeres de todas las edades. Las tasas de histerectomías entre mujeres de 35 a 49 años disminuyeron en un 33%. En el cantón vecino, en el que no se desarrolló la campaña informativa y que resultó escasamente "contaminado" a causa de la diferencia idiomática, dichas tasas no se modificaron en el mismo periodo.

El hecho de que en ambos ejemplos la incorporación de las utilidades de los pacientes suponga menos cirugía es secundario. Lo esencial es la amplia diferencia existente entre lo que los profesionales consideran mejor para sus pacientes, y lo que éstos deciden cuando reciben información adecuada y pueden expresar sus preferencias. No obstante, esta coincidencia –provisional– entre decisiones informadas y menor consumo sanitario está ocasionando interesantes sinergias. Varios planes de salud, entre ellos *Blue Cross and Blue Shield*, financian el envío a sus beneficiarios de los videos informativos elaborados por la *Foundation for Informed Decision Making* y el *Dartmouth Medical College* (<http://www.healthdialog.com/video.htm>) sobre alternativas ante la hiperplasia benigna de próstata, el tratamiento hormonal sustitutivo, el cribado con PSA, la terapia del cáncer de mama o de hernias discales y una veintena más de intervenciones. Compartir información no es lo mismo que compartir la toma de decisiones, pero lo primero es un requisito para lo segundo.

En la emergente tendencia hacia la incorporación explícita de las preferencias de los pacientes en las decisiones que más les afectan se pueden apreciar otras sinergias que no por provisionales dejan de resultar positivas. En su utilización de servicios asistenciales los individuos ejercen derechos como ciudadanos a los que han de responder los gobiernos; también actúan como consumidores, cuyas decisiones afectan a la industria sanitaria; su papel como usuarios es objeto de atención para gestores e investigadores, mientras compete a los profesionales sanitarios la búsqueda de la mejor asistencia disponible para cada uno de ellos en su rol de pacientes. Es posible percibir signos de cambios acelerados en el modo de enfrentar cada una de estas perspectivas. Una forma sencilla de escrutar este *zeitgeist* consiste en consultar a través de cualquier buscador de Internet la cantidad de contenidos asociados a descriptores como "shared decision making", "evidence based patient choice", "informed decisions" o "decision aids". Y no porque se piense que en la red se puedan adelantar las tendencias que están conformándose entre colectivos mejor informados, sino porque permite comprobar que muchas de las estrategias en marcha no se dirigen sólo a públicos ilustrados.

Una exploración de esta especie devuelve un importante número de páginas orientadas hacia los pacientes, financiadas por la industria y cuyos contenidos son mantenidos por las sociedades profesionales. En principio nada hay que objetar a estos aportes de información, más allá de la preocupación por garantizar su calidad y validez científica. Se ha comprobado la presencia en los medios de comunicación profesionales de sesgos y medias verdades difícilmente aceptables: una reciente investigación en 6 revistas médicas encontró que en el 41% de las frases publicitarias de fármacos reforzadas con referencias de estudios clínicos, el correspondiente estudio no justificaba el reclamo publicitario (11). El riesgo de la previsible extensión de estas prácticas a fuentes de información orientadas a los pacientes aconseja desarrollar estrategias para acreditar los contenidos de los recursos informativos a disposición del público. La tarea, aunque ingente, es factible si se aborda de manera desconcentrada: aplicando a estas fuentes un conjunto de criterios comunes de evaluación por diversas instituciones locales –sociedades científicas, agrupaciones profesionales, centros de investigación– que configuren una red de garantía de veracidad.

La opción alternativa, poner puertas al campo y pretender encerrar el conocimiento científico –mayoritariamente financiado con recursos de

la sociedad– en un arca sellada con acceso sólo a la casta sacerdotal, simplemente no es viable. Y cada día se abre una nueva esclusa. Todas las semanas la edición electrónica de JAMA destina una página a tratar –en un lenguaje accesible para legos– alguna cuestión sanitaria relacionada con un artículo publicado en ese número (<http://www.ama-assn.org/public/journals/patient/index.htm>). Algunas de estas páginas están disponibles en español, lo que no debe entenderse como otra muestra de la superioridad cultural de la lengua de Cervantes, sino como un intento de alcanzar a públicos con tan escasos niveles de formación que ni siquiera son competentes en el idioma del país. También los National Institutes of Health (<http://www.nhlbi.nih.gov/health/index.htm>) –el mayor financiador y productor institucional de conocimiento sanitario– incluyen páginas en español entre las destinadas a proporcionar al público general información sobre condiciones clínicas relevantes. Por su parte la Colaboración Cochrane ha lanzado su "consumer network" (<http://www.cochraneconsumer.com>) bajo la divisa "Ayudar a la gente a tomar decisiones bien informadas sobre la asistencia sanitaria". Estrategias similares son empleadas por el NHS británico, que ofrece a través de NHS direct "información para los pacientes evaluada" (<http://www.nhsdirect.nhs.uk>), por organizaciones como el Picker Institute (<http://www.pickereurope.org>) o Health Dialog (<http://www.healthdialog.com>). También distintas empresas –no todas estrictamente sanitarias, como en el caso de la *cancerweb* de BT (<http://www.graylab.ac.uk/cancerweb.html>)– buscan ganar la confianza o la adhesión de sus usuarios mediante aportes de conocimiento. En este sentido son numerosos los ejemplos de páginas sobre determinadas patologías financiadas por compañías farmacéuticas en cuya cartera destacan productos para su tratamiento. Pero también se encuentran modos más refinados de aproximación a los potenciales clientes, como el caso de "gyn101" (<http://www.gyn101.com>), un recurso destinado a ayudar a las mujeres a obtener más resultados de sus revisiones ginecológicas, discretamente patrocinado por un laboratorio que no hace publicidad de ninguno de sus productos.

Mientras tanto, una reciente revisión de la literatura española encontró que la preocupación por la responsabilidad individual y la toma de decisiones compartidas no se contaban entre las cuestiones de mayor interés para los ciudadanos en las encuestas analizadas (12). La reconocida escasez de tiempo disponible para atender a cada paciente no facilita avances en este sentido. Sin embargo no se requieren especiales dotes adivinatorias para adelantar que esta cuestión configurará en gran medida

los debates sobre la asistencia sanitaria en esta década. El futuro no está escrito y su conformación será el resultado tanto de las presiones de los usuarios de los servicios sanitarios y de sus colectivos organizados –a menudo con el apoyo de grupos de intereses– como de las actitudes que adopten los profesionales, básicamente oposición, colaboración o liderazgo.

En una sociedad democrática que respeta la autonomía de sus ciudadanos, los profesionales sanitarios deben reconocer el carácter probabilístico en que se fundan sus conocimientos, facilitando la participación de los pacientes en las decisiones que afectan a su salud, lo que ha de tener una influencia positiva en la adecuación de los resultados asistenciales. GCS ya había incluido *Health Expectations*, la revista dirigida por Angela Coulter, pionera en este campo, entre las publicaciones cribadas sistemáticamente. A partir de este número se incorpora una nueva sección bajo el epígrafe "Experiencias y perspectivas de los pacientes" que incluirá resúmenes comentados de trabajos que adopten la perspectiva de los pacientes. Esta perspectiva, que básicamente consiste en situar a los pacientes como sujeto –y no sólo objeto– de la atención sanitaria, es central para la política y la gestión clínica y sanitaria y, por tanto, es lógico que gane espacio en GCS.

- (1) Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* 1998; 47:329-39.
- (2) Richards MA, Ramirez AJ, Degner LF, et al. Offering choice of treatment to patients with cancers. A review based on a symposium held at the 10th annual conference of The British Psychosocial Oncology Group. *Eur J Cancer* 1995; 31:112-6.
- (3) Coulter A, Peto V, Doll H. Patients' preferences and general practitioners' decisions in the treatment of menstrual disorders. *Fam Pract* 1994; 11:67-74.
- (4) Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D, et al. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA* 1997; 277:1485-92.
- (5) Montgomery AA, Fahey T. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Qual Health Care* 2001; 10 (Suppl):139-143.
- (6) Deyo RA. A key medical decision maker: the patient. *BMJ* 2001; 323:466-7.
- (7) Kassirer J. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *N Engl J Med* 1994; 330:1895-6.
- (8) Wennberg JE. Testimony before the Senate Finance Committee Hearing on Medicare: Its Context and Evolution April 28, 1999. Disponible en: <http://finance.senate.gov/4-28wenn.htm>.
- (9) Wagner E, Barrett P, Barry M, et al. The effect of a shared decision making program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia. *Med Care* 1995; 33:765-70.
- (10) Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, et al. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. *Lancet* 1988; 2:1470-3.
- (11) Villanueva P, Peiró S, Librero J, et al. Are pharmaceutical advertisements in medical journals evidence based? En revisión.
- (12) Jovell A, Roig F. The future patient. Literature review: Spain. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2001. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/cast/formacio/recerca.htm#4>.

La diferente efectividad de las estrategias orientadas a modificar la práctica clínica

Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al.

Changing Provider Behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001; 39 (supl 2): 2-45.

Objetivos

Identificar, valorar y sintetizar las revisiones sistemáticas existentes sobre intervenciones educativas dirigidas a cambiar los comportamientos de los profesionales sanitarios con el objeto de mejorar la calidad de los cuidados.

Diseño

Revisión de revisiones sistemáticas publicadas entre 1966 y 1998. Se incluyeron aquellas revisiones que utilizaban medidas de desempeño profesional o resultados de salud en los pacientes. Las revisiones sistemáticas fueron valoradas en función de su calidad.

Resultados

Se recuperaron 41 revisiones sistemáticas con una amplia variedad de intervenciones educativas y prácticas clínicas. 15 revisiones se focalizaron en la evaluación de la efectividad de intervenciones inespecíficas (educación médica continuada, implantación de guías, intervención de coordinación entre personal médico y de enfermería); 14 se orientaron en revisiones dirigidas a determinadas prácticas (cuidados preventivos, prescripción farmacéutica, solicitud de pruebas, cuidados ter-

minales, etc.). Otras 15 intervenciones se dirigieron a comprobar la efectividad de utilizar intervenciones educativas específicas (audit y feed-back, líderes de opinión, visitas educativas en el lugar de trabajo, medios de comunicación de masas, decisión computerizada, mejora continua de calidad, etc.).

Sobre una escala de 7 puntos la mediana de calidad se situó en 4 puntos. Los problemas de calidad más comunes fueron la escasez de información sobre los criterios de inclusión de los estudios primarios o sobre las estrategias para evitar el sesgo de selección y la falta de utilización de criterios que valorasen la validez de los estudios seleccionados.

La mayor parte de las intervenciones fueron efectivas bajo determinadas circunstancias. Ninguna fue efectiva en todas las circunstancias. Las propuestas más prometedoras incluyeron las visitas educativas en el lugar de trabajo y los recuerdos. Las intervenciones multifactoriales tuvieron más probabilidad de éxito que las intervenciones únicas. En general, los métodos pasivos no provocaron cambios de comportamiento.

Conclusiones

La evidencia disponible mostró distintos grados de efectividad para distintas intervenciones. Las estrategias de mejora de calidad y las acciones educativas deberían estar basadas en los hallazgos sobre su efectividad en el cambio de práctica.

COMENTARIO

Sin menospreciar otras miradas, el actual debate sobre la dificultad para transferir los resultados de investigación a la práctica clínica se puede formular de forma concisa aludiendo a la necesidad de dos condiciones: por un lado, la existencia de una pregunta clínica relevante asumida por la organización en su conjunto (la presencia de un problema clínico que precisa de información); y, por otro lado, la existencia de información (evidencia) que dé respuesta a esa pregunta.

Dadas ambas condiciones necesarias, determinados factores pueden obrar como facilitadores o limitadores del cambio. Así, **factores organizativos** (incentivos contrarios a utilizar las mejores evidencias, dificultad para interpretar la idea de coste de oportunidad, dificultad para la reasignación de recursos, falta de registros o información para evaluar los cambios, limitaciones para el acceso a la información, falta de programas de formación continuada), **factores personales** (distinta percepción de la libertad clínica, falta de aptitudes para la incorporación de la evidencia a la práctica, etc.), **características ligadas a la evidencia sobre determinadas prácticas** (limitación de la información disponible, debilidad de la evidencia que la sustenta, susceptibilidad a la manipulación de la misma, etc.) y **características ligadas al método utilizado para transferir la información disponible a la práctica**.

El artículo reseñado aporta información relevante sobre este último aspecto. Pese a la dificultad de delimitar el peso de cada uno de los factores señalados, el trabajo apunta algunas conclusiones consistentes con la literatura existente (1): las intervenciones educativas sin la intervención activa del receptor de las mismas (remisión de documentación, conferencias, etc.) no suelen tener influencia en el cambio de comportamiento; las intervenciones multifactoriales (aquellas que incorporan distintas estrategias, audit más feed-back, visitas educativas en el lugar de trabajo más recuerdos periódicos, etc.) son más efectivas que las intervenciones simples; por último, no todas las estrategias de intervención son efectivas en todas las circunstancias.

El gestor interesado en implantar guías de práctica, introducir estrategias de mejora de calidad o favorecer cambios en hábitos de prescripción de pruebas complementarias puede, en función de los resultados de esta revisión, seleccionar estrategias que han demostrado ser efectivas en el cambio de práctica. De forma sumaria, se clasifican dichas estrategias en el cuadro 1.

Cuadro 1. Intervenciones para promover el cambio de práctica entre los profesionales sanitarios (2)

Intervenciones efectivas

Visitas educativas en los centros de trabajo (prescripción de medicamentos)

Recordatorios (computerizados o no)

Intervenciones combinadas (combinación que incluye dos o más de las siguientes: audit y feedback, recuerdos, procesos de consenso local o marketing)

Encuentros educativos interactivos (incluyen talleres prácticos y discusión con la participación de los proveedores)

Intervenciones de efectividad variable

Audit y feedback

Uso de líderes locales (clínicos valorados como personas influyentes en la materia)

Procesos de consenso local (con inclusión de los médicos en las discusiones para llegar a acuerdo sobre el abordaje apropiado de determinado problema clínico)

Intervenciones mediadas por pacientes (cualquier intervención en la cual se solicita información al paciente o se da información al paciente)

Intervenciones como escasa o nula efectividad

Distribución pasiva de materiales educativos (incluidas las guías de práctica, materiales audiovisuales, publicaciones electrónicas)

Encuentros informativos o formativos (por ejemplo, conferencias)

Un último apunte, de corte metodológico; como en todos los estudios en los que medían comportamientos, modelos organizativos o estrategias de mejora de calidad es necesaria la investigación local, que no debería dirigirse tanto a producir conocimiento etiológico (cuáles son las causas del comportamiento clínico y su modificación) como a determinar la efectividad de las estrategias orientadas al cambio de práctica.

Enrique Bernal Delgado

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

(1) Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317: 265-8.

(2) Se ha utilizado el glosario propuesto por el Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. www.abdn.ac.uk/hsru/epoc

El desconocimiento de las características y utilidad de la farmacovigilancia se asocia a una baja notificación de reacciones adversas a medicamentos

Figueiras A, Tato F, Fontaiñas J, Takkouche B, Gestal-Otero JJ.

Physicians' attitudes towards voluntary reporting of adverse drug events. *J Evaluation Clin Practice* 2001; 7: 347-354.

Problema

El método más importante para detectar una reacción adversa grave o rara producida por un medicamento (RAM) después de su comercialización es la notificación voluntaria de la misma por los médicos clínicos. Su principal limitación estriba en el bajo porcentaje de declaración que existe en la actualidad. Los factores que causan esta infrautilización no son bien conocidos. Han sido sugeridas algunas causas, como la no-percepción de la importancia de la contribución personal al conocimiento de la seguridad del fármaco, incertidumbre en el diagnóstico de los efectos adversos, inapropiada relación médico-paciente, falta de tiempo, falta de interés, temor a las medidas legales, etc. El estudio busca identificar los factores demográficos y ocupacionales de los médicos clínicos relacionados con la notificación de RAM y determinar su conocimiento y actitud con respecto a la notificación voluntaria de las mismas.

Material y métodos

Estudio caso-control sobre la población de médicos de Atención Primaria de Galicia, siendo casos los médicos que han notificado al menos una RAM al Centro de Farmacovigilancia Gallego y los controles médicos no-declarantes. Se utilizó una encuesta de opinión enviada por correo y reenviada hasta 4 veces en caso de no obtener respuesta. El cuestionario consta de cuatro partes: 1) instrucciones de uso, 2) cuestiones sobre actitud y conocimiento sobre las RAM y su declaración, 3) cuestiones sobre el programa de notificación voluntaria en Galicia y 4) cuestiones demográficas y del lugar del trabajo. Las respuestas se puntuaban de 0 a 10 en intervalos de 0.5 según el grado de conformidad con la afirmación propuesta en el cuestionario.

Resultados

Se recibieron 396 encuestas de un total de 622 enviadas (63.7%): 147 casos (80.3%) y 249 controles (56.75%). Esta menor participación de los controles puede deberse a que están menos motivados por los temas relacionados con las RAM, aunque la proporción total es similar a la obtenida en otros estudios publicados.

Entre los resultados, cabe destacar: 1) Una proporción considerable de médicos cree que las RAMs están bien documentadas cuando el fármaco es comercializado. Por lo tanto, esta creencia disminuye la posibilidad de asociar una RAM con el fármaco que la causa: para estos médicos todos los medicamentos son seguros. 2) Sobre todo los médicos no-declarantes están de acuerdo con la dificultad de relacionar a un medicamento prescrito con un efecto adverso observado. 3) La mayoría de médicos sólo declararían una RAM si estuvieran muy seguros de que está relacionada con el fármaco. Esto es debido a que ignoran que los datos recogidos por el sistema de tarjetas amarillas no necesitan ser confirmados o porque creen estar cometiendo un error cuando sospechan un diagnóstico. 4) El escepticismo en la importancia que tienen las notificaciones individuales de cada médico es inversamente proporcional a su actitud frente a las declaraciones de RAMs. 5) Los médicos no-declarantes encuentran el sistema de declaración voluntaria demasiado complicado. 6) Todos consideran que notificar RAMs es una obligación profesional y que no se debe pagar por ello. 7) El temor de consecuencias legales es considerado como una razón para no notificar; aunque hacerlo no supone un ries-

go profesional. 8) Los médicos encuestados están en desacuerdo con la propuesta de que sólo las RAMs graves deben ser declaradas. 9) A un 30% del total les lleva demasiado tiempo realizar notificaciones. 10) El desconocimiento de cómo es utilizada la información declarada en las tarjetas amarillas es significativamente diferente entre los médicos declarantes y no-declarantes.

Conclusiones

Algunas actitudes y creencias de los médicos gallegos relacionadas con la notificación voluntaria de reacciones adversas a medicamentos son erróneas y este hecho está relacionado con una infra-notificación.

COMENTARIO

La seguridad de los medicamentos no es un concepto estático. La percepción de lo que se acepta como seguro se ha ido modificando a lo largo de los años conforme se han producido avances en los conocimientos farmacológicos y, por desgracia, desastres terapéuticos que han puesto de manifiesto las consecuencias negativas de la utilización de fármacos. Como recuerdan los autores, la tragedia de la talidomida en la década de los sesenta salió a la luz a raíz de una "carta al editor del Lancet" (McBride, 1962) donde reveló por primera vez la relación de ésta con efectos teratogénicos. De ahí, la importancia de la declaración individual de cada médico ya que es necesaria una primera sospecha para alertar a otros profesionales de la posibilidad de efectos adversos no descritos. El caso de la talidomida llevó a promulgar las normas reguladoras sobre los aspectos metodológicos de los ensayos clínicos que se realizan para valorar la seguridad de los medicamentos y dio lugar al desarrollo de la farmacovigilancia. El sistema de la "tarjeta amarilla" se inició en Gran Bretaña en 1964 y sirvió de base para el programa internacional de notificación voluntaria de la OMS (1).

Las causas por las que en España este sistema de declaración de reacciones adversas a medicamentos se infrautiliza quedan al descubierto en este estudio y coinciden con otros estudios similares realizados en 1993 (2) y 1997 (3). Pese a su gran repercusión social, asistencial y económica, las RAM no se consideran todavía un problema prioritario en nuestra política sanitaria.

Marisol Galeote Mayor

Dirección de Atención Primaria Área 13-Xàtiva. Valencia

(1) Otero MJ, Domínguez-Gil A. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. *Farm Hosp* 2000; 24: 258-266.

(2) Valero A, Jiménez JM, Ranz FB et al. Aproximación a la detección de reacciones adversas a medicamentos entre los facultativos de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 11: 76-80.

(3) Serrano G, Esteban C, Gijón JA et al. Reacciones adversas a medicamentos y programa de notificación espontánea: una encuesta de opinión a médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 19: 307-312.

¿Son útiles los centros de día? Un mal ejemplo para la Psiquiatría Basada en Pruebas

Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P.

Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.

Contexto

Este trabajo de revisión contempla la utilización de tres tipos de intervención basados en programas de día, como alternativa a los cuidados ambulatorios para personas con trastornos psiquiátricos.

Objetivos

- Evaluar la efectividad de los *programas de hospitalización parcial* como alternativa para personas con trastornos que no responden a los tratamientos ambulatorios. Generalmente personas con trastorno afectivo o con trastornos de la personalidad.
- Evaluar la efectividad de los *centros de día* como contrapartida a los tratamientos ambulatorios en los casos de personas con trastornos mentales graves y de larga evolución, mayoritariamente a personas con esquizofrenia.
- Evaluar la efectividad que ofrecen los *programas de cuidados de transición* para personas que están recién dadas de alta del hospital.

Tipo de estudio

Revisión sistemática de la literatura.

Selección de estudios

Ensayos aleatorios y controlados que comparaban los cuidados de día (incluidos los tres tipos mencionados) frente a los cuidados ambulatorios. Todos los ensayos aceptados, un total de 8, incluían casos que hubiesen sido tratados de forma ambulatoria de no haber dispuesto del recurso de día como alternativa.

Extracción y análisis de datos

Dos revisores extrajeron los datos de forma independiente y después comprobaron recíprocamente sus respectivas tareas. Se calcularon los riesgos relativos e intervalos de confianza del 95% para los datos dicotómicos y medias ponderadas y estandarizadas para los continuos.

Principales resultados

1. Uno de los estudios aporta pruebas (*evidences*) que sugieren que los programas de hospitalización parcial fueron superiores a los cuidados continuados en régimen ambulatorio, en términos de mejoría de los síntomas psiquiátricos. No ofreció, en cambio, prueba alguna de que el tratamiento de día fuese mejor o peor en otras variables clínicas y sociales, o incluso en costes.
2. Los estudios revisados no aportaron pruebas de que los centros de día se comportasen mejor o peor que los tratamientos ambulatorios ante cualquiera de las variables clínicas y sociales estudiadas. Algunos datos sugerían de manera no concluyente que los centros de día pudieran implicar un mayor costo que los tratamientos ambulatorios.
3. Uno de los ensayos mostraba pruebas que sugieren que el programa de cuidados de transición fue superior al tratamiento ambulatorio en la adherencia del enfermo al tratamiento. Sin embargo no hubo prueba alguna concluyente que mostrara que esta forma de cuidado fuese mejor o peor en ninguna otra variable de resultado clínica o social, tampoco en términos de costos.

Conclusiones de los investigadores

Tan sólo hay una solitaria prueba que justifique la oferta de programas de hospitalización parcial o de cuidados de transición. No hay ninguna que respalde la creación de centros de día.

COMENTARIO

El artículo que se comenta señala con claridad las tres aplicaciones básicas y todavía vigentes de "Hospital de día": ofrecer mayor intensidad terapéutica, permitir que el alta hospitalaria sea progresiva y facilitar estructuras de apoyo en la comunidad para enfermos de larga evolución. Como es sabido, tan sólo esta última requiere estructura propia. Las otras dos pueden desarrollarse en otros dispositivos: ya sean comunitarios o sean unidades psiquiátricas de hospitales generales.

El trabajo ofrece una impecable y depurada metodología a la hora de aceptar los casos aportados por cada estudio, realiza un cuidadoso examen de los instrumentos de evaluación empleados, etc. La exquisitez del procedimiento, sin embargo, no se compensa con la pobreza de resultados de la revisión. Veamos por qué.

La primera dificultad estriba en el propio concepto de "Hospital de día". Es, acaso, el más polisémico de los términos referidos a servicios psiquiátricos. Tanto, que se tiende a reemplazarlo por "Programa de día", definiendo así tan sólo un conjunto de actividades que pueden desempeñarse en unidades diversas, también las ambulatorias, sin excluir que pueda tener estructura propia. En su propia diversidad estriba la dificultad para evaluar su efectividad de forma comparada. Los revisores no debieron pensar que alguien hubiera podido controlar un haz tan amplio de variables.

La segunda reside en la multifactorialidad intrínseca a toda intervención terapéutica en la clínica psiquiátrica, a pesar de los meritorios esfuerzos por sistematizarlas (1). Afirmación válida para cualquier cuidado, con independencia de la estructura o del programa en que se enmarque. Pretender que se aplique la misma metodología de ensayo clínico controlado o de farmacoeconomía a un medicamento, que a un programa que, entre otras cosas, incluye la posibilidad de emplear varios fármacos, es aplicar sin buen criterio la actual corriente de la medicina basada en pruebas.

Por último, han revisado bibliografía demasiado antigua para un campo que ha evolucionado tanto en las dos últimas décadas. Particular gravedad tiene esta última observación para los "centros de día", cuyo análisis se basa en trabajos norteamericanos de 1966 (2) y de 1979 (3-4), uno de ellos (3) con 30 casos seguidos durante 3 meses, período insólito para valorar cualquier impacto sobre personas que padecen trastornos de larga duración.

Los mismos autores dicen que no merece la pena proseguir nuevas investigaciones porque lo que han estudiado está "superado por formas más orientadas hacia los cuidados comunitarios". Es cierto. Como lo es que las estructuras y programas del campo de la actual psiquiatría comunitaria han de ser evaluados, pero han de serlo con nuevos ojos y nuevos métodos de medida.

Francisco Torres González
Departamento de Psiquiatría
Universidad de Granada

(1) Torres-González F, et al. Clasificación Internacional de Cuidados de Salud Mental. Arch Neurobiol 1997; 60:141-150.

(2) Meltzoff J, Blumental RL. The day treatment center: principles, application and evaluation. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1966.

(3) Weldon E et al. Day hospital versus outpatient treatment: a controlled study. Psych Quar 1979; 51:144-50.

(4) Linn MW et al. Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. Arch General Psych 1979; 36:1055-66.

Utilidad de los programas de gestión de enfermedades en la prevención secundaria de enfermedades coronarias

Mc Alister FA, Lawson FME, Teo KK, Armstrong PW.

Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ* 2001;323:957-62.

Contexto

El envejecimiento de las poblaciones de países occidentales junto a los avances en el tratamiento de las enfermedades coronarias implicará un aumento del número de pacientes con eventos coronarios previos en los próximos años. Sin embargo, las auditorías de la práctica clínica en este tipo de pacientes revelan un control insuficiente de los factores de riesgo cardiovascular, así como del uso de medicamentos eficaces.

Los programas de gestión de enfermedades (Disease Management, DM en lo sucesivo) han sido considerados en los últimos años una de las alternativas más prometedoras para la mejora de la atención de estos pacientes. No obstante, las características específicas de este tipo de programas varían considerablemente de unos lugares a otros. La mayor parte de los estudios que se han realizado al respecto, han sido series de casos "antes/ después" no controlados, siendo no concluyentes los escasos ensayos con asignación aleatoria realizados al respecto.

Objetivo

Determinar si los programas de DM multidisciplinares mejoran el proceso de cuidados y reducen la morbilidad y mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria.

Tipo de estudio

Revisión sistemática de la literatura.

Búsqueda y selección de estudios

Realizan la búsqueda a través de bases de datos electrónicas y la bibliografía referida en los artículos identificados. Dos investigadores revisaron de forma independiente los títulos y resúmenes de todos los artículos obtenidos. Se excluyeron aquellos estudios sin asignación aleatoria, los de prevención primaria, los que evaluaban una única intervención, aquellos realizados sobre pacientes ingresados o con menos de 50 participantes.

Análisis estadístico

Se utiliza el programa Meta-Analyst 0.998 para realizar el análisis. Calculan la razón de riesgos (risk ratio) combinada, evalúan la heterogeneidad mediante el test Q, y calculan así mismo el tamaño del efecto. Se realiza también análisis de sensibilidad.

Resultados

Únicamente 12 de los 1562 estudios identificados inicialmente cumplieron los criterios de selección establecidos (con un total de 9803 pacientes con enfermedad coronaria). Con respecto a la incidencia de reinfartos, la razón de riesgos fue de 0.94 (0.80 a 1.10); para todas las causas de mortalidad, de 0.91 (0.79-1.04) y para la tasa de admisión hospitalaria fue de 0.84 (0.76 a 0.94); aunque en este caso se encuentran diferencias significativas en sólo 2 de los 6 ensayos que daban las tasas de admisión.

Con respecto al proceso de la atención, 7 de los estudios seleccionados midieron el impacto de los programas de DM sobre los factores de riesgo cardiovascular, de los cuales 5 mostraban mayores efectos en pacientes de los grupos de intervención, aunque los efectos fueron pequeños o moderados. Los pacientes que siguieron programas de DM fueron tratados más habitualmente con drogas eficaces: hipolipemiantes (razón de riesgos de 2.14 con intervalo de confianza entre 1.92 y 2.38), betabloqueantes (1.19 con intervalo entre 1.07 y 1.32), o antiagregantes (1.07 con intervalo entre 1.03 y 1.11). La calidad de vida o el estado funcional fue evaluado en 8 ensayos, mostrando mejores resultados en el grupo de intervención en 5 de ellos (pero con resultados significativos sólo en tres estudios). Sólo tres ensayos reflejan los

costes de la intervención, y en ningún caso se realiza un análisis coste-efectividad.

Conclusión

Los programas de DM en el manejo de pacientes con enfermedad coronaria previa mejoran el proceso de cuidados, medido a través del uso de fármacos eficaces o de los perfiles de riesgo cardiovascular. No se obtienen resultados concluyentes respecto a tasa de reinfartos o mortalidad. La mayor parte de los ensayos muestran que la calidad de vida o estatus funcional fue mejor en los pacientes de los grupos de intervención, no existiendo pruebas con respecto al coste-efectividad de estos programas o respecto a sus características específicas.

Correspondencia: F. McAlister. E-mail: Finlay.McAlister@ualberta.ca

Financiación: Finlay A McAlister es investigador en salud pública de Alberta Heritage Foundation for Medical Research.

Conflicto de intereses: Paul W. Armstrong es consultor de Pfizer y recibió financiación para investigación de Novartis en los pasados cinco años.

COMENTARIO

La gestión de enfermedades (Disease Management) parece ser la última panacea introducida en los sistemas sanitarios europeos para resolver sus deficiencias. La DM es un proceso de optimización de la provisión de cuidados para una patología concreta, mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema sanitario (tanto de Atención primaria como especializada o sociosanitaria), durante todo el ciclo de vida de la enfermedad, basada en pruebas científicas y orientado a la mejora de la calidad y de los resultados (1). En definitiva, intenta aproximar la efectividad a la eficacia (2), objetivo tradicional de los programas de mejora continua de la calidad. Un planteamiento de estas características presenta muchos aspectos atractivos: el abordaje del problema desde el punto de vista del paciente y no del sistema sanitario, la ruptura de compartimentos estancos entre niveles asistenciales, la orientación a resultados, etc. Sin embargo, existen también importantes interrogantes: la modificación estructural que debería producir en el sistema, la adecuación de los modelos de financiación, o la forma de abordar la comorbilidad, la enfermedad más prevalente en la próxima centuria (3). No hay evidencia concluyente sobre la utilidad de los programas de DM, aunque los escasos estudios de cierto rigor existentes son alentadores (1). El artículo comentado abunda en esta línea: parece deducirse que este tipo de programas mejora el proceso de atención, aunque únicamente en lo referente a la mejor utilización de fármacos eficaces y de control de factores de riesgo; no obtienen resultados concluyentes en lo relativo a disminución de mortalidad o morbilidad, como tampoco de mayor eficiencia económica. Por todo ello, quedan cuestiones importantes por responder: ¿realmente mejoran los resultados en salud?, ¿son más costo-efectivos que otro tipo de alternativas organizativas? ¿son adaptables a un entorno tan burocratizado como el español?

Sergio Minué Lorenzo
Escuela Andaluza de Salud Pública
Granada

(1) Terol E, Hamby EF, Minué S. Gestión de enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados. *MEDIFAM* 2001; 11:47-54.

(2) Rodríguez F, Banegas JR, Guallar P, Hernández R. Los programas de gestión de enfermedades y su aplicación a la enfermedad cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 1999; 113:705-9.

(3) Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51:303-9.

La recuperación tras colecistectomía laparoscópica es similar en cirugía ambulatoria y bajo ingreso

Young J, O'Connell B.

Recovery following laparoscopic cholecystectomy in either a 23 hour or an 8 hour facility. *J Qual Clin Practice* 2001; 21:2-7.

Problema

Tras las recientes publicaciones que analizan los resultados favorables de la colecistectomía laparoscópica (CL) en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), considerándolo favorable en base a la escasa morbilidad del procedimiento y a la preferencia de los propios pacientes, se plantean como objetivos primordiales el análisis de la experiencia del paciente en el postoperatorio inmediato, tanto en régimen de ingreso como de CMA, la frecuentación a la medicina comunitaria durante esta fase y la evaluación de la calidad de la información entregada al paciente para su autocontrol domiciliario postoperatorio.

Material y métodos

Ensayo clínico aleatorizado de 28 pacientes menores de 50 años y con ASA menor o igual a 2, sometidos a CL y distribuidos en dos grupos, uno con postoperatorio convencional (con ingreso) de un día, y otro en CMA. A todos los pacientes se les realizó una sesión informativa preoperatoria y se les entregó un diario de síntomas para evaluar los cuatro primeros días del postoperatorio. Se incluyeron datos sobre cansancio, movilidad, dolor, alimentación oral, náuseas y vómitos, eliminación de orina y heces, cuidados de la herida, utilidad de la información de alta y manejo de los síntomas postoperatorios. La gravedad de los síntomas se evaluó con una escala analógica visual. Al décimo día se contactó telefónicamente con los pacientes para evaluación final.

Resultados

En el análisis de los datos del diario no se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos para ninguno de los síntomas estudiados, si bien se objetivó la lógica disminución de los mismos a lo largo de los días. Los síntomas más relevantes fueron los relacionados con la movilidad, eliminación de orina y heces y sobre todo el dolor. Las náuseas y los vómitos fueron relevantes el primer día postoperatorio. Sobre el control de los síntomas no se objetivaron diferencias significativas entre ambos grupos. En la encuesta telefónica se objetivó ausencia de problemas importantes entre los días 5º y 10º, no observándose reingresos hospitalarios ni complicaciones importantes para ninguno de los grupos. En su evaluación global casi el 90% de los pacientes en CMA consideraron su recuperación mejor o igual de cómo la esperaban.

Discusión

Los pacientes intervenidos en régimen de CMA no presentaron diferencias significativas en su recuperación postoperatoria ni en la incidencia de

complicaciones en comparación con los ingresados un día. Los autores señalan que dichos resultados son esperanzadores siempre y cuando se realice una correcta selección de los pacientes. Un hallazgo que consideran interesante es el hecho de que los pacientes ingresados presenten un mayor grado de cansancio que los de CMA, lo que atribuyen los autores al peor descanso nocturno en una sala quirúrgica comparado con el domicilio del paciente.

Financiación: No reseñada. Conflicto de intereses: no reseñado. Correspondencia: Department of Nursing Research and Development, Sir Charles Gairdner Hospital, Nedlands, WA 6009, Australia. Email: Jeanne.Young@health.wa.gov.au.

COMENTARIO

El estudio realiza un abordaje original sobre un tema controvertido: ¿Es posible considerar ciertas intervenciones mayores intraabdominales como la colecistectomía susceptibles de CMA en base a un abordaje mínimamente invasivo como la cirugía laparoscópica? La respuesta de los autores es esperanzadoramente afirmativa. Además el tema se aborda desde una perspectiva poco habitual, la de la calidad percibida por el propio paciente.

La metodología del estudio es adecuada para un trabajo que se concibió como exploratorio. Sin embargo, el escaso número de pacientes incluidos resta valor a los resultados –sobre todo tratándose de una intervención tan prevalente en el mundo occidental– y no permite establecer conclusiones sólidas sobre la seguridad de esta práctica. Aunque es conocida la escasa incidencia de complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en la literatura, las complicaciones posibles, aunque escasas en número, pueden ser de gran gravedad, sobre todo la hemorragia intraperitoneal. Esta complicación suele presentarse en las primeras 24-48 horas del postoperatorio y suele tener una solución quirúrgica fácil si se diagnostica precozmente. Por ello, cualquier sistema de CMA que incluya cirugía mayor intraabdominal deberá tener previsto este supuesto con adecuados medios de monitorización domiciliaria y de evacuación al hospital.

Francisco Asencio Arana

Servicio de Cirugía, Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

El cribado intensivo del cáncer de pulmón no es efectivo

Manser RL, Irving LB, Stone C, Byrnes G, Abramson M, Campbell D.

Screening for lung cancer (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.

Objetivo

Determinar si el cribado de cáncer de pulmón mediante citología del esputo, radiografía de tórax (RxT) o TAC torácico reduce la mortalidad por cáncer de pulmón.

Tipo de estudio

Revisión sistemática de ensayos clínicos y estudios de intervención, que incluyeran población adulta, que utilizaran radiografía de tórax (RxT), TAC o citología de esputo, bien de manera aislada o en combinación, como cribado del cáncer de pulmón, y que incluyeran la mortalidad por cáncer de pulmón como resultado y un seguimiento de al menos 5 años.

Descripción de los estudios incluidos

Se identificaron 1869 referencias, de las cuales 119 fueron seleccionadas para revisión completa, tras la cual 6 estudios fueron seleccionados para su inclusión en la revisión. Otro estudio fue seleccionado para su inclusión a partir de las referencias bibliográficas. Finalmente fueron incluidos 7 estudios, 6 de los cuales eran ensayos clínicos, y uno un estudio de intervención. Sólo un estudio no presentaba potenciales fallos metodológicos.

Cinco estudios fueron diseñados para comparar la efectividad del cribado intensivo con Rx frente al cribado menos intensivo con RxT. Para ello, a los pacientes del grupo intervención se les realizaba una RxT (con o sin citología de esputo) con una periodicidad entre 4 y 6 meses y a los del grupo control una RxT con menor frecuencia que en grupo intervención, pero también con periodicidad variable. Dos estudios fueron diseñados para valorar la efectividad de la citología de esputo cada 4 meses más RxT anual, frente a la RxT anual.

Resultados

Mortalidad por cáncer de pulmón

Las diferencias en mortalidad encontradas entre los grupos no fueron estadísticamente significativas. Así, en los estudios que comparaban las dos periodicidades de RxT se obtuvo un riesgo relativo (RR) de 1.11 (IC95% 0.95 a 1.31), mientras que en los que comparaban la citología + RxT anual frente a sólo RxT el RR fue de 0.88 (IC 95% 0.74 a 1.03).

Mortalidad por todas las causas

No se observaron diferencias en el análisis conjunto de los datos.

Incidencia de cáncer de pulmón

Se observó un discreto aumento de la incidencia de cáncer de pulmón en los grupos de intervención en dos estudios.

Supervivencia

El RR de muerte a los 5 años tras el diagnóstico fue de 0.89 (IC95% 0.85 a 0.92).

Tasa de intervención

Las tasas de resección pulmonar fueron superiores en el grupo intervención en 3 estudios.

Otros resultados

Resultados como mortalidad postoperatoria, efectos secundarios, costes y calidad de vida apenas fueron analizados.

Conclusión

Los resultados de este metanálisis sugieren que el aumento de la frecuencia de realización de RxT o el añadir 4 citologías anuales a una radiografía de tórax anual, no disminuyen la mortalidad por cáncer de pulmón.

Discusión

Datos no incluidos en el metanálisis y recientemente publicados de periodos más prolongados de seguimiento en dos de los estudios incluidos señalan que la mayor frecuencia de RxT está asociada con un incremento relativo del 11% de mortalidad por cáncer de pulmón, alcanzando este resultado significación estadística. La supervivencia a los 5 años tras el diagnóstico en los estudios de cribado puede estar influenciada por el sesgo de adelanto diagnóstico, lo cual se corrobora con la mayor mortalidad en periodos de seguimiento más prolongados.

Fuente de financiación: no consta.

Dirección para correspondencia: Dr Renée Manser. ManserRL@mh.org.au

COMENTARIO

Se trata del primer metanálisis realizado a partir de una revisión sistemática de la literatura, sobre la efectividad del cribado intensivo del cáncer de pulmón; observándose que no existe evidencia que demuestre que mejore la mortalidad por cáncer de pulmón en la población estudiada, en este caso mayoritariamente varones fumadores entre 40 y 65 años.

Es de destacar la ausencia de ensayos clínicos que analicen la efectividad del cribado mediante radiografía de tórax frente al no cribado, a pesar de lo cual el cribado con RxT con una periodicidad menor que en el grupo de intervención, es utilizado en el grupo control en 6 de los 7 estudios y en el restante puede ser solicitada voluntariamente por las personas incluidas.

Habrà que esperar a la publicación de los resultados del ensayo clínico llevado a cabo por el National Cancer Institute (1,2), para valorar la efectividad del cribado del cáncer de próstata, pulmón, colorrectal y de ovario, frente a la actuación habitual. Mientras tanto, parece muy conveniente seguir la recomendación de la U.S. Preventive Services Task Force de no hacer cribado de cáncer de pulmón (3).

Victoria Gosalbes Soler

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Valencia

(1) Kramer BS, Gohagan J, Prorok PC, Smart C. A National Cancer Institute sponsored screening trial for prostatic, lung, colorectal and ovarian cancers. *Cancer* 1993; 71:589-593.

(2) Kramer BS, Gohagan J, Porok PC. A randomised study of chestxray screening for lung cancer as a part of the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Trial. *Lung Cancer* 1994; 11 (Supp 2):82-83.

(3) U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services* (2nd edition). Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

El tratamiento más eficaz en la hepatitis C crónica es la combinación de peginterferon alfa-2b y ribavirina

Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, Rustgi VK and the International Hepatitis Interventional Therapy.

Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet* 2001; 358:958-65.

Antecedentes

La infección por hepatitis C crónica afecta a 300 millones de personas en el mundo y es una de las causas más comunes de indicación para el trasplante de hígado. La terapia inicial más efectiva para los pacientes con esta enfermedad es la combinación de interferon alfa-2b y ribavirina durante un periodo de 24-48 semanas. La combinación de estos 2 fármacos alcanza una respuesta virológica sostenida (RVS) del 41% de los pacientes tratados.

Objetivo

Comparar la efectividad del tratamiento con interferon alfa-2b más ribavirina frente a la pauta de peginterferon alfa-2b (en dosis alta y en dosis menos elevada) más ribavirina en el tratamiento de la hepatitis C crónica.

Diseño

Ensayo clínico aleatorio abierto realizado en 62 centros de Europa, Canadá, Argentina y USA.

Métodos

1.530 pacientes con hepatitis C crónica fueron asignados a tratamiento con interferon alfa-2b (3 MU subcutánea 3 veces a la semana) más ribavirina 1000-1200 mg/día oral durante 48 semanas, peginterferon alfa-2b 1.5 mg/kg una vez a la semana más 800 mg/día de ribavirina durante 48 semanas y peginterferon alfa-2b 1.5 mg/kg una vez a la semana durante las cuatro primeras semanas reduciendo su administración a 0.5 mg/kg por semana (44 semanas) más ribavirina 1000-1200 mg/día. La primera medida de efectividad analizada fue el ratio RVS (virus de la hepatitis C

no detectable [HVC] RNA en suero) a las 24 semanas de finalizado el tratamiento.

Resultados

El ratio de RVS fue significativamente más alto ($p=0.01$ para ambas comparaciones) en el grupo de tratamiento con dosis alta de peginterferon (274/511 [54%]) que en los grupos de pacientes tratados con dosis baja de peginterferon (244/514 [47%]) e interferon (235/505 [47%]). Entre los pacientes con HCV y genotipo 1, de peor respuesta en los tratamientos, los ratios de RVS obtenidos fueron del 42% (145/348), 34% (118/349) y 33% (114/343) respectivamente. El ratio de RVS en pacientes con genotipo 2 y 3 se situó alrededor del 80% en todos los grupos de tratamiento. Análisis secundarios identificaron que la administración de ribavirina en función del peso de los pacientes se tradujo en unos ratios de RVS más altos. Los efectos adversos derivados de los regímenes de tratamiento con interferon fueron similares en los tres grupos de pacientes.

Conclusiones

En pacientes con hepatitis C crónica, la terapia más efectiva es la combinación de peginterferon alfa-2b en dosis de 1.5 mg/kg a la semana más ribavirina. El beneficio obtenido es incluso más relevante en los pacientes con infección por HCV y genotipo 1.

Fuentes de financiación: Schering Plough Research Institute, Kenilworth, NJ, and clinical research centre grants from Massachusetts General Hospital (M01-RR01066), Scripps Clinic (M01-RR00833), and University of Florida (5M01-RR00082).

Dirección para correspondencia: Michael P Manns, Division of Gastroenterology and Hepatology, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Strasse 1, D-30625 Hannover, Germany (e-mail: manns.michael@mh-hannover.de)

COMENTARIO

Las distintas versiones del interferon alfa y su combinación con ribavirina siguen siendo la única elección posible en el tratamiento de la hepatitis C crónica. La última alternativa terapéutica es el peginterferon alfa-2b que administrado en dosis alta junto con ribavirina muestra una efectividad (virus de la hepatitis C no detectable) del 54% a los tres meses de finalizar el tratamiento, efectividad superior y con diferencias significativas al régimen de peginterferon en dosis baja e interferon en combinación con ribavirina (47% en ambas alternativas) y, al de administración única de peginterferon alfa-2b (1). Son de especial interés los resultados de efectividad obtenidos para la infección por genotipo 1 (42%), genotipo de mayor prevalencia en España y de peor respuesta al tratamiento.

Una limitación importante del estudio y, generalizable a otros estudios realizados con distintos regímenes de terapia combinada (interferon y ribavirina) o monoterapia (sólo interferon), en el tratamiento de la hepatitis C crónica, es el escaso periodo de seguimiento posterior al tratamiento para valorar la efectividad del mismo (ratio RVS). La evidencia disponible acerca de la no aparición de recidiva en los tratamientos con distintos regímenes de interferon no suele superar el plazo de los seis meses desde la finalización de la terapia. Un tratamiento de coste tan elevado como el analizado y con efectos secundarios importantes, aconseja mediciones de resultado más a largo plazo y una definición más clara de qué pacientes (en función de qué grado de morbilidad de infección por hepatitis C crónica) pueden o deben ser los que más se benefician de recibir el tratamiento (2).

Manuel Ridao

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

(1) Lindsay KL, Treppe C, Heintges T, Shiffman ML and the Hepatitis Interventional Therapy Group. A randomized, double-blind trial comparing pegylated interferon Alfa-2b to interferon Alfa 2b as initial treatment for chronic hepatitis C. *Hepatology* 2001; 34:395-403.

(2) Lauer GM, Walker BD. Hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2001; 345:41-52.

El cribado auditivo neonatal universal no ha probado que mejore los resultados sobre el lenguaje a largo plazo

Thompson DC, McPhillips H, Davis RL, Lieu TA, Homer CJ, Helfand M.

Universal newborn hearing screening. Summary of evidence. JAMA 2001; 286:2000-2010.

Problema

Anualmente nacen en Estados Unidos 5000 niños con un déficit auditivo bilateral permanente, de moderado a severo. Esto provoca dificultades y retraso en la adquisición del lenguaje. El cribado auditivo neonatal universal tiene como objetivo adelantar el diagnóstico y el tratamiento para obtener mejores resultados en estos niños.

Objetivos

Revisar la evidencia existente sobre la eficacia del cribado auditivo neonatal universal, y comparar los beneficios y riesgos de esta estrategia frente al cribado selectivo de recién nacidos de alto riesgo.

Método

Búsqueda en las bases de datos MEDLINE, CINAHL y PsycINFO, entre 1994 y agosto de 2001, usando diferentes descriptores para trastornos auditivos, recién nacido, cribado, y los diferentes tratamientos. Se seleccionaron ensayos clínicos controlados y estudios observacionales que respondieran a estas preguntas:

- ¿Puede el cribado auditivo neonatal universal diagnosticar de manera precisa la hipoacusia neurosensorial moderada o profunda?
- En el cribado auditivo neonatal universal, ¿cuántos niños son identificados y tratados precozmente?
- La identificación y el tratamiento antes de los 6 meses, ¿mejora el lenguaje y la comunicación?
- ¿Cuáles son los potenciales efectos adversos del cribado y el diagnóstico precoz?

Como criterio de inclusión el cribado debía usar Emisiones Otoacústicas, Potenciales Evocados Auditivos del Tronco Cerebral o ambos, en población general de recién nacidos.

Se encontraron 340 artículos de los que se seleccionaron 19. La extracción de datos y la valoración de la calidad la realizaron 2 revisores independientes, siguiendo criterios del US Preventive Service Task Force. Se contactó con los autores cuando se necesitaron aclaraciones sobre la calidad.

Resultados

Sobre la precisión del diagnóstico de las pruebas utilizadas para el cribado, se encontró una sensibilidad de 84%, una especificidad de 90%, y una mejor estimación del valor predictivo positivo de 6,7%. Estos datos se basaron en 1 ensayo controlado y en 1 estudio de cohorte, ambos de buena calidad.

El cribado universal incrementa la posibilidad del diagnóstico y del tratamiento antes de los 6 meses (entre un 19% y un 42%), frente al cribado selectivo en niños de alto riesgo. Se basaron en 1 estudio controlado y en 1 estudio de cohortes, ambos de buena calidad.

Sobre si la identificación y el tratamiento precoz mejora los resultados en el lenguaje, la evidencia es pobre, y se basaba en estudios con alta probabilidad de sesgo de selección.

La mayoría de los efectos adversos del cribado han sido poco evaluados en los estudios incluidos.

Conclusiones

Las actuales pruebas utilizadas para el cribado auditivo neonatal universal pueden identificar con suficiente fiabilidad recién nacidos con defecto auditivo neurosensorial; sin embargo la eficacia de un programa de cribado sobre resultados a largo plazo sigue siendo incierta.

Financiación: El estudio ha sido llevado a cabo por el Centro para la Práctica de la Medicina Basada en la Evidencia de la Universidad de Oregón, y financiado por la Agency for Health Care Research and Quality.

Correspondencia: Diane C. Thompson, MS, Harborview Injury Prevention and Research Center, 325 Ninth Ave, Box 3559960, Seattle, WA 98104 (e-mail: dct@u.washington.edu)

COMENTARIO

El hecho de que las pruebas de cribado sean "aparentemente" baratas y los resultados sean "aparentemente" beneficiosos hace que estos programas se convirtieran durante años en las estrellas de muchos sistemas sanitarios. Sin embargo, ni los programas son tan baratos ni están exentos de efectos adversos, entre otras cosas porque son intervenciones sanitarias que se ofrecen a personas sanas que en otro caso no habrían entrado en contacto con el sistema sanitario. Por tanto, una condición inicial para ofrecerlos es que hayan probado que son realmente efectivos.

En el caso del cribado auditivo neonatal universal, esta revisión nos muestra cómo las pruebas usadas actualmente tienen sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo suficientemente altos como para decir que son eficaces en la detección de suficientes casos, pero aplicadas a una población de niños de alto riesgo (con factores de riesgo de sordera neurosensorial). La evidencia sobre la eficacia en niños de bajo riesgo (en población general, por tanto) no es clara. Es por esto por lo que el rendimiento global de poner en marcha un programa de cribado no se puede predecir.

Además, queda por demostrar el fin último de cualquier intervención sanitaria: la mejora de los resultados finales. No hay suficientes estudios que aclaren si la identificación precoz y el tratamiento temprano en una población general mejoran el aprendizaje del lenguaje y las barreras comunicativas. Y hay dudas razonables de que esto sea así, ya que da la impresión de que hay otros factores que influyen en la adquisición de habilidades comunicativas.

Finalmente, los efectos adversos del cribado no han sido suficientemente estudiados en la mayoría de las investigaciones, lo que pone de relieve que una vez más se minusvaloran las repercusiones de una intervención en población sana (ansiedad, cambios de comportamiento de los familiares, falta de atención a otras áreas de aprendizaje, etc.).

La conclusión final parece ser la misma que en la mayoría de los programas de cribado: hay que ser cautelosos en su implantación, y cuidadosos en la calidad que mantengan, una vez implantados.

Román Villegas

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

La ausencia de cambios electrocardiográficos diagnósticos en el IAM no implica necesariamente un buen pronóstico: una oportunidad para mejorar la estratificación de riesgo

Welch RD, Zalenski R, Frederick PD, Malmgren JA, Compton S, Grzybowski M, et al., for the National Registry of Myocardial Infarction 2 and 3 Investigators.

Prognostic value of a normal or nonspecific initial electrocardiogram in acute myocardial infarction. *JAMA* 2001; 286:1977-1984.

Problema

Varios estudios previos han sugerido que electrocardiogramas (ECGs) iniciales normales y no específicos se asocian con un pronóstico favorable en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM). Sin embargo, su valor predictivo en términos de mortalidad no se ha analizado suficientemente. El objetivo del estudio es comparar la mortalidad intrahospitalaria en pacientes que tienen ECGs iniciales normales o no específicos con la de pacientes que tienen ECGs diagnósticos.

Tipo de estudio

Estudio de cohorte retrospectiva, multicéntrico (incluye a 1.553 hospitalizados).

Métodos

Datos procedentes de los Registros Nacionales de Infarto de Miocardio 2 y 3 de Estados Unidos de Norteamérica, bases de datos observacionales de pacientes hospitalizados con IAM confirmado. De ellos, 391.208 pacientes cumplieron los criterios del estudio entre junio de 1994 y junio de 2000 y tenían ECGs que eran normales (n=30.759), no específicos (n=137.574) o diagnósticos (n=222.875; definidos como elevación o descenso del segmento ST y/o bloqueo de rama izquierda). Se construyó un modelo de regresión logística usando una estimación del riesgo asociado a los hallazgos de los ECGs y se ajustó por datos demográficos, antecedentes médicos, procedimientos diagnósticos y tratamiento efectuado, para

determinar el valor pronóstico independiente de un ECG inicial normal o no específico. Las principales medidas de resultado fueron la mortalidad intrahospitalaria y un índice compuesto con la mortalidad intrahospitalaria y sucesos adversos con peligro para la vida.

Resultados

Las tasas de mortalidad intrahospitalaria fueron de 5.7%, 8.7% y 11.5%, mientras que las tasas del indicador compuesto fueron 19.2%, 27.5% y 34.9% para los grupos de ECGs normales, no específicos y diagnósticos, respectivamente. Después de ajustar por otras variables predictoras, la odds ratio de mortalidad para el grupo con ECG normal fue 0.59 (Intervalo de confianza al 95% [IC 95%], 0.56-0.63; $p < 0.001$) y para el grupo no específico fue 0.70 (IC 95%, 0.68-0.72).

Conclusión

En esta cohorte de gran tamaño de pacientes con IAM, los pacientes que presentaron ECGs normales o no específicos tuvieron menores tasas de mortalidad intrahospitalaria que aquellos pacientes con ECGs diagnósticos, aunque las tasas absolutas fueron todavía inesperadamente altas.

Financiación: no se menciona.

Dirección para correspondencia: rwelch@med.wayne.edu

COMENTARIO

La incidencia del infarto agudo de miocardio (IAM) en España es de 194 casos por 100.000 habitantes en la población entre 25 y 74 años. La mortalidad a los 28 días de un IAM según datos del estudio IBERICA es del 14% en la población menor de 74 años. En el 19% se realizó un procedimiento intervencionista (angioplastia) y cirugía en el 6,8%. El 90% de los pacientes recibió aspirina, entre el 30-50% betabloqueantes y el 45% IECAs. El tratamiento fibrinolítico fue utilizado según los diferentes estudios entre el 40 y el 58% de los casos.

En los últimos 20 años se ha asistido a una disminución en la incidencia del IAM con onda Q y un aumento del IAM sin onda Q, de los que un porcentaje importante suele presentarse con ECG normal o inespecífico. La mortalidad hospitalaria es significativamente mayor en pacientes con IAM con Q que en el IAM sin Q. Sin embargo, mientras la mortalidad hospitalaria del IAM con Q ha disminuido progresivamente desde un 24% en 1975 al 14% en 1997, la mortalidad en el IAM sin Q ha permanecido invariable en este periodo de tiempo (12%) (1).

Los resultados del estudio confirman los obtenidos en series previas de la literatura, asociándose la presencia de un ECG normal o inespecífico con un riesgo de muerte un 41% más bajo que si era patológico. Sin embargo, hay que resaltar la exclusión de los pacientes con Killip III-IV, el no ajuste por la presencia o no de diabetes, y la no inclusión en el modelo de la fracción de eyección, variables que han demostrado ser predictores independientes de riesgo de muerte después de un IAM. La adición de pacientes con fallo cardíaco clase Killip III o IV añadió un escaso valor pronóstico adicional en pacientes con ECG normal; esto puede ser indicativo de una fracción de eyección conservada (2). Por otro lado, resulta discutible el uso de modelos de regresión logística múltiple para el caso de cohortes con datos censurados, como es el de la mortalidad intrahospitalaria, con diferentes tiempos individuales de seguimiento.

Las cifras relativamente altas de mortalidad en los pacientes con ECG normal son similares a las obtenidas en recientes ensayos clínicos sobre tratamientos de reperfusión (3), reflejando probablemente la mejoría actual del pronóstico del IAM con elevación del ST y el no descenso en el tiempo de la mortalidad en el resto de los pacientes.

Por otra parte, los registros coinciden en cifras más altas de mortalidad probablemente porque representan una población de pacientes más real de la práctica clínica que la seleccionada en los ensayos clínicos, cuyos criterios de exclusión seleccionan pacientes con menor riesgo.

La introducción de los nuevos marcadores bioquímicos como la troponina I o T, no sólo aumentarán el número de pacientes con diagnóstico de IAM con ECG normal o inespecífico en la práctica clínica, sino que además son indicadores de mayor riesgo (4). Por ello su determinación rutinaria en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (5) exige avanzar en el conocimiento de su relación coste-efectividad.

Parece necesario realizar esfuerzos para lograr estratificar precozmente el riesgo de este grupo de pacientes con IAM, paso indispensable para lograr aplicar los tratamientos eficaces ya conocidos con el objetivo de mejorar los resultados.

Emilio González Cocina. Responsable de Unidad de Cardiología. Hospital Costa del Sol

Emilio Perea-Milla López. Responsable de Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol

José Andrés Arboleda. FEA. UCI. Hospital Costa del Sol

(1) Furman M, Dauerman HL, Goldberg RJ. Twenty-two Year (1975-1977) Trends in the incidence, in hospital and long-term care fatality rates after Q-wave and non-Q-wave myocardial infarction: A multihospital community wide perspective. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:1571-80.

(2) González Cocina E, Saenz de la Calzada C, García Alcántara A, González Santos P. Diferencias en la predicción de mortalidad y complicaciones no fatales post infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol* 1993; 46:531-9.

(3) Beger PB, Ellis SG, Holmes DR, Criger DA, Betriu A, Topol EJ, Califf M for the GUSTO II Investigator. Relationship between delay in performing direct coronary angioplasty and early clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction. *Circulation* 1999;100:14-20.

(4) Newby LK, Storrow AB, Gibler WB. Bedside multimarker testing for risk stratification in chest pain unit: the chest Pain Evaluation by CK-MB, myoglobin and troponin-I. *Circulation* 2001;1(3):1832-7.

(5) Antman EM, Fox KM. Guidelines for the diagnosis and management of unstable angina and non Q-wave myocardial infarction. Proposed revisions. *Am Health J* 2000;139:461-575.

Hay pocas pruebas sobre qué tipo de intervenciones son efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento con fármacos antirretrovirales

Haddad M, Inch C, Glazier RH, Wilkins AL, Urbshott GB, Bayoumi A, et al.

Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.*

Objetivo

Esta revisión sistemática de la biblioteca Cochrane tiene como objetivo determinar la efectividad de las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia a los fármacos antirretrovirales en personas con VIH o SIDA.

Estrategia de búsqueda

Las bases de datos utilizadas para identificar los estudios fueron AIDS-LINE, MEDLINE, CINAHL y EMBASE, entre otras; y el periodo a estudio desde enero de 1996 hasta abril de 1999. Cuando fue necesario se contactó y se requirió información de los autores.

Criterios de selección

Todos los estudios debían haber sido llevados a cabo sobre sujetos infectados por el VIH y debían contener la descripción de la intervención realizada (individual, grupal, consejo, apoyo, consulta, etc.). Además, tenían que incluir un grupo control, aunque sin necesidad de asignación aleato-

ria y debían recoger, al menos, una medición de la adherencia en forma de autoinforme, recuento de pastillas, historia de farmacia, etc.

Resultados principales y conclusiones

La búsqueda dio un total de 856 citas, la gran mayoría de las cuales correspondían a resúmenes presentados al Congreso Mundial de SIDA de 1998. De los 10 artículos inicialmente seleccionados, sólo uno cumplió los criterios de inclusión, en concreto uno llevado a cabo en Barcelona (1). En este trabajo se compara la asistencia sanitaria convencional con una intervención de carácter educativo, acompañada de facilidad de consulta telefónica, todo ello realizado por el servicio de farmacia hospitalaria. El resultado principal del estudio es que la intervención mejoraba significativamente la adherencia a los antirretrovirales y lograba una carga viral indetectable a las 24 semanas de seguimiento.

La conclusión a la que llegan los autores de la revisión es que la escasez de estudios de calidad aceptable hace imposible llegar a una conclusión sólida sobre qué intervenciones son efectivas para mejorar la adherencia.

COMENTARIO

La importancia clínica de la correcta adherencia a los fármacos antirretrovirales de alta actividad es incuestionable y también lo es las enormes repercusiones económicas que conlleva la adhesión incorrecta a estos fármacos. Sin embargo, en población general las cifras de no adherencia son elevadas, oscilando entre un 33 y un 60% (2).

Mucho se ha trabajado, fuera y dentro de España, para identificar los factores que se relacionan con esta adherencia inadecuada, que son muchos y complejos y con importantes variaciones socio-culturales y por tanto geográficas (3). También se ha alcanzado una gran unanimidad en que, como en otros procesos de carácter crónico, la vía óptima para mejorar la adherencia es mediante la realización de intervenciones específicas (4). Así, desde que se identificaron las tremendas consecuencias, individuales y sociales, que se derivaban de esta no correcta adherencia, prácticamente no hubo en nuestro país ningún hospital ni servicio o unidad de enfermedades infecciosas que no se plantease o llevase a cabo algún tipo de "intervención" para mejorar la adherencia. De la lectura de esta revisión Cochrane pueden extraerse dos conclusiones. Por una parte, la escasa validez externa de una revisión basada en un solo artículo, lo que hace difícil contestar la pregunta planteada sobre la efectividad de las diferentes intervenciones realizadas. Por otra parte, llama poderosamente la atención la ausencia, tanto de estudios correctamente diseñados, como la falta de evaluación de los resultados obtenidos (5).

¿Qué ha pasado? Pues que las intervenciones dirigidas a mejorar la cumplimentación con un tratamiento, incluso las más sencillas como puede ser el consejo, incrementan el coste de la asistencia en tiempo y dinero y, a pesar del interés de los hospitales por reducir el coste que conlleva este problema, hasta donde se conoce, no ha sido definida una política sanitaria que específicamente lo abordara. Es decir, ese interés, tanto de clínicos como de gestores, no se ha visto traducido en un apoyo concreto que permitiera contar con más personal y, en ocasiones, con personal específico. En la práctica esto se ha venido traduciendo, una vez más, en actividades de carácter voluntario de muchos profesionales sanitarios, que propiciaron o iniciaron actividades dirigidas a mejorar esta adherencia. Actividades que, en muchos casos, no se han desarrollado correctamente o no se han adecuado a las necesidades de la población y que, en la mayoría de los casos, no han sido evaluadas.

Quizás, la moraleja a recordar de esta historia es que los problemas, y más de la envergadura del que se está tratando, no pueden resolverse sin darles prioridad, con lo que esto conlleva (adecuada planificación, disponibilidad de los recursos necesarios y evaluación de resultados). Por otra parte, la puesta en marcha de intervenciones sanitarias con carácter más o menos urgente, no debiera estar reñido con el rigor en la planificación y en la evaluación de los resultados.

Isabel Ruiz Pérez

Escuela Andaluza de Salud Pública

(1) Knobel H, Carmona A, López JL, et al. Adherence to highly active antiretroviral treatment: impact of individualized assessment. *Eferm Infect Microbiol Clin* 1999; 17:78-81.

(2) Chesney MA, Ickovics J, Hecht FM, Sikpa G, Rabkin J. Adherence: a necessity for successful HIV combination therapy. *AIDS* 1999; 13 Suppl A: 271-278.

(3) Mehta S, Moore RD, Graham N. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS* 1997; 11: 1665-1670.

(4) Bayes R. Importancia de una intervención profesional específica para la mejora de la adhesión al tratamiento antirretrovírico en pacientes VIH. En Ricardo Usieto. *Adherencia terapéutica y calidad de vida en la infección por VIH/SIDA*. Madrid: Ed. CESA 2000; 145-51.

(5) Roter DL, Hall JA, Merisca R, et al. Effectiveness of interventions to improve patient compliance. A meta-analysis. *Med Care* 1998; 36:1138-1161.

El tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular se emplea mejor de lo que se espera, cuando el estudio se hace con cierta fineza

Weisbord SD, Whittle J, Brooks RC.

Is warfarin really underused in patients with atrial fibrillation? *J Gen Intern Med* 2001;16:743-749.

Problema

La fibrilación auricular es frecuente, y muchas veces no responde al tratamiento, por lo que requiere seguimiento y prevención secundaria de sus complicaciones; la más temible, el ictus por embolia. El tratamiento es con anticoagulantes (warfarina en EE.UU. y el R.U. y acenocumarol en Europa continental). Muchos trabajos han demostrado un bajo uso del tratamiento anticoagulante, por lo que los autores inician su estudio con la idea de analizar las razones para el bajo uso de una medicación de probada eficacia.

Diseño

Estudio observacional con revisión de historias clínicas y ponderación del diagnóstico y de la intervención.

Pacientes y métodos

Se revisaron las 1.289 historias clínicas informatizadas en las que constaba el diagnóstico de fibrilación auricular, de los pacientes de un hospital terciario de la Organización de Veteranos, en EE.UU., ingresados o tratados durante tres años, hasta mayo de 1998. Valoró la historia un investigador, médico, que fue controlado por otro, también médico. Tras localizar las historias clínicas de los pacientes que no seguían tratamiento anticoagulante se tomó contacto con su médico de cabecera, para que diera un informe acerca de las razones de su falta de uso. Los dos investigadores iniciales, más un tercero, también médico, revisaron la historia y juzgaron la idoneidad de las razones para no utilizar el anticoagulante.

Resultados

En 844 (65%) historias constaba que el paciente había recibido, al menos, una prescripción de warfarina. Hubo 5 historias incompletas, y 19 pacientes que habían muerto después de julio de 1997 (criterio de exclusión).

Entre las 421 historias restantes, en las que no constaba la prescripción de warfarina, pudo documentarse que 54 pacientes recibían el tratamiento de una fuente alternativa, no de la Organización de Veteranos.

Entre las 367 historias que quedaban, en las que no pudo documentarse ningún uso de warfarina, hubo 160 en las que no se encontró justificación documental del diagnóstico de fibrilación auricular, 53 con fibrilación auricular demostrada antes del ingreso, pero que no se repitió, y 49 con fibrilación transitoria no recurrente.

Entre las 105 historias restantes, en las que se documentó el diagnóstico correcto y no se demostró el uso de warfarina, había 65 pacientes en las que estaba contraindicado su uso, bien por rechazo del paciente (24%), bien por caídas/riesgo de caídas (24%), bien por episodios previos de sangrado (32%), o por otras causas.

Se envió una carta a los médicos de cabecera de los 42 pacientes que quedaban, en cuyas historias se documentó el diagnóstico correcto, no se demostró uso de warfarina y no había contraindicaciones. Contestaron 41, dando razones variadas para no prescribir el anticoagulante; también se localizó por teléfono al que no contestó por escrito. En 26 casos los tres investigadores estuvieron de acuerdo con el médico de cabecera acerca de la razón para no utilizar la warfarina. En 16 los investigadores discreparon de los médicos de cabecera.

Conclusión

Entre los 207 pacientes con fibrilación demostrada, pero sin tratamiento anticoagulante (360 menos 160), estaba justificada la ausencia de prescripción de warfarina en el 92,3% (191 casos). Es decir, que el no uso del anticoagulante es razonable en un altísimo porcentaje de pacientes.

Los autores analizan las posibles razones del buen resultado y, aparte de una cuestión anecdótica, de control por una clínica peculiar de la anticoagulación, admiten como razón del buen resultado, comparado con el de otros estudios, que su trabajo se ha hecho por médicos, con análisis detallado de las circunstancias y condiciones de la prescripción.

COMENTARIO

Este trabajo admite que el tratamiento anticoagulante es manifiestamente mejor que el antiagregante, lo que es un campo todavía en discusión. También admite que el tener una clínica para el seguimiento y control de los pacientes anticoagulados es bueno y conveniente, lo que carece de fundamento científico. El resto del artículo es coherente y está bien hecho. El hallazgo básico demuestra que es prudente estudiar a fondo las cuestiones clínicas antes de hacer juicios de valor. Algo básico e interesante, pues resulta esperanzador comprobar que si se analizan a fondo las cosas los resultados son mucho más lógicos. Muchos pacientes con fibrilación auricular no reciben tratamiento anticoagulante, ni lo deben recibir, según los resultados que se presentan en este trabajo.

Juan Gérvas

Médico general, médico de Canencia de la Sierra (Madrid)
y Equipo CESCA (Madrid)

Algunas dificultades en el uso de las evidencias dependen de la subjetividad de los profesionales

Freeman AC, Sweeney K.

Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001;323:1-5.

Objetivo

Explorar algunos de los motivos por los que los médicos de atención primaria no utilizan la evidencia que conocen, en el tratamiento de sus pacientes.

Diseño

Estudio cualitativo con grupos focales tipo Balint.

Métodos

Diecinueve médicos generales del sur de Inglaterra, interesados en el uso de la evidencia, son invitados a presentar casos individuales de pacientes en los que sabían que no habían utilizado la evidencia disponible a la hora de tratarlos y discutir acerca de su comportamiento en relación con los sentimientos que este tipo de situaciones despierta y los efectos que producen en la relación médico-paciente.

Para ello se formaron tres grupos no relacionados entre sí, que se reunieron en seis sesiones de dos horas a lo largo de seis meses (una cada mes). Las sesiones eran coordinadas por una persona experta que aseguraba que el contenido de la misma era grabado en cinta magnetofónica que posteriormente se transcribía. Antes del análisis de las mismas los participantes aceptaban el contenido de la transcripción. Los dos investigadores, por separado primero y luego de manera conjunta, analizaban los contenidos usando una metodología de lectura básica para asegurar que los temas señalados como emergentes estaban consistentemente basados en los datos verbales de las sesiones. En todo momento se aseguraba el anonimato de médico y paciente.

Resultados

Se analizan 11 sesiones, ya que un grupo sólo se reunió una vez y dos sesiones no fueron correctamente grabadas. Los casos presentados se referían a pacientes con hipertensión, isquemia coronaria, anticoagulación, diabetes, enfermedad obstructiva crónica y dismenorrea. Pese a que para muchos de los médicos la evidencia suponía una aportación positiva a sus prácticas, los seis temas principales que aparecían relacionados con el uso de la misma fueron:

1. La importancia de la experiencia personal y profesional del médico, como por ejemplo los éxitos y fracasos anteriores.
2. La relación que el médico desarrolla con el paciente concreto: relación paternalista, la evidencia en el contexto del paciente.
3. La tensión percibida entre atención primaria y especializada: las evidencias son diferentes.
4. Los sentimientos que la evidencia puede evocar en el médico: efecto tranquilizador y a la vez sentimientos de culpa.
5. Las palabras usadas por el médico pueden favorecer la aceptación o el rechazo del tratamiento.
6. Algunos problemas logísticos como la falta de tiempo o las prisas excesivas.

Conclusión

Los médicos no siempre actúan siguiendo las evidencias a la hora de tratar a sus pacientes; y la implementación de la evidencia, esto es, el paso desde el estudio clínico a las prácticas, es un proceso complejo y fluido

en el que están involucrados factores que dependen de la subjetividad del médico.

Financiación: Ayuda de investigación del National Health Service (South West Research and Development Executive). Correspondencia: A.C. Freeman. Email: PCRNV@exeter.ac.uk

COMENTARIO

Este artículo señala algo ya sabido: que el uso de la evidencia disponible para ayudar a médicos y pacientes a identificar las mejores opciones (1) es más difícil de lo que aparentemente cabría esperar. Menos frecuente es sin embargo encontrar diseños de investigación que permitan señalar que estas barreras tienen en parte que ver con criterios tan subjetivos del médico como su experiencia previa, sus creencias o su desconfianza respecto a la atención especializada, aunque, ciertamente, no nos sorprenda tanto conocerlo. Como señala G. Devereux, la elección de las variables y el tipo de diseño se relaciona con lo que realmente nos interesa explorar (2). Por eso el uso de métodos cualitativos puede resultar esclarecedor, incluso para hablar de evidencias, tan cerca de la objetividad del ensayo clínico y de la revisión sistemática.

Conviene resaltar dos elementos en la metodología para poder poner en contexto esta investigación. El grupo de profesionales invitados es bastante homogéneo y entusiasta en el uso de la medicina basada en la evidencia para la mejora de las prácticas. La decisión compartida con los pacientes parece estar muy presente, al igual que cierto celo en cuidar la relación médico-paciente como un espacio privado (¿terapéutico?). En segundo lugar, la investigación se plantea a lo largo de seis meses, tiempo que parece suficiente para que se produzca la interacción necesaria entre los integrantes como para que temas habitualmente reservados e incluso inconscientes puedan salir y ser discutidos. Así pues el factor tiempo no debe olvidarse si queremos indagar en las resistencias para que ciertos cambios en las prácticas clínicas se produzcan.

Un comentario editorial en el mismo número de la revista señala que el uso de la evidencia puede resultar incómodo a varios colectivos (3). Pese a las ventajas que también señalan los profesionales del estudio, la incomodidad para ellos habla de cómo un instrumento pensado para mejorar las prácticas puede honestamente vivirse como una amenaza o una intromisión dogmática (paralela le llaman los autores). Esta reflexión podría ser también de utilidad para los investigadores en torno a la metodología de la medicina basada en la evidencia, y para los gestores clínicos preocupados por implementar en los servicios una práctica más adecuada a la evidencia científica.

José Expósito
Servicio de Oncología Radioterápica
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

(1) Kerridge I, Lowe M, Henry D. Ethics and evidence based medicine. *BMJ* 1998;316:1151-3.

(2) Devereux G. De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento. Madrid: Siglo XXI, 1977.

(3) Editor's Choice. The agonies of evidence. *BMJ* 2001: 323.

Una intervención educativa sobre los médicos contribuye a reducir el consumo de antibióticos en niños menores de 6 años

Finkelstein JA, Davis RL, Dowel SF, Mettlay JP, Soumeray SB, Rifas-Shiman SL, et al.

Reducing antibiotic use in children: A randomized trial in 12 practices. *Pediatrics* 2001;108:1-7.

Objetivo

Valorar si la intervención educativa sobre los médicos es efectiva para disminuir la prescripción de antibióticos a los niños menores de 6 años.

Tipo de estudio

Ensayo aleatorio controlado sobre 12 centros de atención primaria afiliados a 2 Organizaciones de Asistencia Sanitaria (OAS), la Harvard Pilgrim Health Care y el Group Health Cooperative.

Diseño

Se identificaron las tandas de antibióticos prescritas en el año anterior a la intervención (año basal) y el año de la intervención, a través del registro automatizado de solicitudes de reembolso farmacéutico, en todas las visitas de niños entre 3 y 72 meses incluidos en planes de salud de dos OAS. Los centros se estratificaron por OAS y tamaño y se asignaron aleatoriamente a un grupo de intervención y otro de control. Se consideraron dos grupos de edad, de 3 a < de 36 meses y de 36 a < de 72 meses y los diagnósticos se clasificaron según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión.

Intervención

En el grupo de intervención un pediatra en ejercicio, formado en un taller de los Centers for Disease Control and Prevention, dirigió sesiones de formación a pequeños grupos sobre resistencias bacterianas y uso de antibióticos. A los 4 meses en una 2ª sesión se expusieron las tasas de prescripción. Simultáneamente se envió a los padres un folleto informativo con una carta firmada por su pediatra sobre el uso adecuado de los antibióticos. Los médicos y padres del grupo control no recibieron ninguna información.

Análisis

Se compararon las Tasas de Prescripción de Antibióticos (TPA) por persona/año en los centros experimentales y de control. El tiempo de observación fue el periodo en que el niño estuvo afiliado a la OAS en los 2 años del estudio.

Se utilizaron Ecuaciones de Estimación Generalizada (este análisis supone que el consumo de antibióticos del niño no es independiente sino que está relacionado con el consumo previo) ajustando la TPA de cada niño por el consumo de antibióticos en el año basal, la edad y la OAS. También se realizó un análisis de los centros mediante regresión lineal para predecir el consumo de antibióticos ajustado según el consumo del año basal.

Resultados

En cada año del estudio se identificaron 14.468 y 12.460 pacientes, el 37% pertenecían a la OAS A y el 63% a la OAS B. En los dos grupos de edad el 62,1% de los antibióticos prescritos correspondían al diagnóstico de Otitis Media Aguda (OMA).

La TPA en el año basal de la OAS B fue significativamente inferior a la OAS A y en ambas se observaron menores tasas de prescripción en el grupo de intervención. La TPA disminuyó en los dos grupos de edad, en las consultas de intervención y en las de control, pero la disminución fue mayor

en las consultas de intervención. El efecto relativo de la intervención supuso una reducción adicional en la TPA del 16% en los niños pequeños y del 12% en los mayores.

Conclusión

En el contexto de una disminución global de la prescripción de antibióticos, una intervención educativa sobre los médicos y sobre los padres produce una disminución adicional de la prescripción de antibióticos.

Fuente de financiación: Centers for Disease Control and Prevention through task order #200-95-0953 to the Association of Community Health Plans.

Dirección para correspondencia: Jonathan A. Finkelstein, MD, MPH, Department of Ambulatory Care and Prevention, Harvard Medical School and Harvard Pilgrim Health Care, 126 Brookline Ave, Suite 200, Boston, MA 02215. E-mail: jonathan_finkelstein@hphc.org

COMENTARIO

El uso indiscriminado y en ocasiones inadecuado de los antibióticos se ha convertido en un problema de salud pública por el aumento de las resistencias bacterianas, los efectos adversos y los costes que generan.

En este trabajo se observa una disminución generalizada del consumo de antibióticos y que una intervención educativa sobre los médicos y sobre los padres produce una disminución adicional en la prescripción de antibióticos por parte de los médicos.

La intervención simultánea sobre los médicos y sobre los padres impide conocer la efectividad de cada intervención. ¿Se prescriben menos antibióticos por iniciativa de los médicos? ¿O por el contrario son los padres los que presionan al médico para que prescriba menos antibióticos?

Un aspecto a destacar es que el 62,1% de las prescripciones de antibióticos se justifica por la existencia de una OMA, a pesar de que múltiples estudios han evidenciado el escaso valor terapéutico de los antibióticos en la OMA no complicada (1,2) y el 9,2% de las prescripciones se asoció a procesos virales, lo que orienta sobre que una buena parte de los antibióticos prescritos es inadecuada. En este sentido intervenciones dirigidas a favorecer la aplicación de criterios estrictos para la prescripción de antibióticos en la OMA no complicada, podría reducir sensiblemente el consumo innecesario de antibióticos y contribuir a la reducción del consumo global de estos fármacos.

David Oterino

Centro de Salud de Teatinos. Oviedo

(1) Froom J, Culpepper L, Jacobs M, Melker RA, Green LA, Van Buchem FL, et al. Antimicrobials for acute otitis media? A review from the international Primary Care Network. *BMJ* 1997;315:98-102.

(2) Takata GS, Cham L, Shekelle P, Morton SC, Mason W, Marcy SM. Evidence assessment of management of acute otitis media: I. The role of antibiotics in treatment of uncomplicated acute otitis media. *Pediatrics* 2001;108:239-247.

La medición de la disponibilidad a pagar: limitaciones y posibles soluciones

Karen Blumenschein, Magnus Johannesson, Krista K. Yokoyama, Patricia R. Freeman.

Hypothetical versus real willingness to pay in the health care sector: results from a field experiment.
J Health Economics 2001; 20: 441-457.

Objetivo

Analizar si existen discrepancias entre el precio efectivo que los pacientes están dispuestos a pagar por un determinado programa de salud y la disponibilidad a pagar que manifiestan cuando se les enfrenta a un escenario hipotético. Proponer determinados refinamientos en las encuestas para disminuir dichas discrepancias.

Tipo de estudio

Encuesta personal a 173 pacientes asmáticos contactados a través de 10 farmacias del estado de Kentucky en EEUU.

Descripción del estudio

Se divide aleatoriamente a los pacientes en dos grupos: grupo hipotético y grupo real. A los pacientes de ambos grupos se les describe un determinado programa de salud destinado a mejorar su calidad de vida y, a continuación, se les pregunta si están dispuestos a pagar un determinado precio por beneficiarse de dicho programa (los precios ofrecidos fueron de 15\$, 40\$ y 80\$). La diferencia entre ambos grupos radica en si la posibilidad de adquirir dicho programa es real (el paciente debe hacer efectiva la compra si decide comprar al precio ofrecido) o hipotética (debe decir si estaría dispuesto a comprarlo pero la compra no se hace efectiva). Además, a los entrevistados del grupo hipotético que dicen que compraría dicho programa se les plantean dos nuevas preguntas: 1) si dicha decisión es completamente segura o no, y 2) que sitúen en una escala visual analógica del 0 (muy inseguro) al 10 (muy seguro) su grado de certeza en la decisión de compra.

Análisis estadístico

Se obtiene el porcentaje de personas que comprarían el programa en el

grupo real y en el grupo hipotético. En el grupo hipotético se obtiene 3 porcentajes correspondientes al: a) número de personas que dicen que comprarían el programa, b) número de personas que dicen que comprarían el programa con total seguridad, y c) número de personas que señalan en la escala visual un valor por encima de determinado punto de corte (obtenido a partir de la metodología propuesta por Johannesson et al (1999)). A continuación, se contrasta mediante diferentes métodos estadísticos (paramétricos y no paramétricos) si existen diferencias entre el porcentaje obtenido en el grupo real y cada uno de los tres porcentajes obtenidos en el grupo hipotético.

Resultados

El porcentaje total de pacientes que realiza la compra del producto (12%) es inferior al de aquellos que dicen que lo comprarían si se les planteara dicha situación (38%). Este patrón se reproduce en todos los precios: 16% vs 59% para 15\$, 14% vs 29% para 40\$ y 0% vs 17% para 80\$. Los contrastes utilizados rechazan la hipótesis de que no existen diferencias entre ambos grupos.

El porcentaje de pacientes que compraría el programa a los diferentes precios se reduce drásticamente si consideramos los refinamientos introducidos en la encuesta del grupo hipotético. Así, el porcentaje total de pacientes que compraría el programa con total seguridad se sitúa en el 14%, manteniéndose este patrón descendente en cada uno de los precios considerados. El porcentaje de pacientes que se sitúan en la escala visual por encima del valor de corte estimado es del 21%, manteniéndose de nuevo este patrón descendente para todos los precios. Los contrastes utilizados apoyan la hipótesis de que no existen diferencias significativas entre ambos grupos (real e hipotético) cuando se realiza cualquiera de los dos ajustes mencionados.

COMENTARIO

La valoración de los beneficios sanitarios de diferentes alternativas de gasto es un tema de vital importancia a la hora de diseñar las políticas sanitarias y, más concretamente, para establecer prioridades en los sistemas nacionales de salud.

Uno de los métodos de valoración habitualmente utilizado es la valoración contingente (1). Este método tiene como objetivo determinar el valor monetario que la población está dispuesta a pagar por determinados bienes o servicios.

El artículo que aquí se presenta aborda uno de los problemas que han sido observados en el método de valoración contingente: la sobrevaloración en la disponibilidad a pagar (2). Dado que los encuestados no se enfrentan a decisiones reales de compra, los precios que están dispuestos a pagar suelen ser superiores a los que pagarían si tuviesen que realizar la compra. Si esta sobreestimación es significativa puede invalidar la valoración obtenida de los beneficios de diferentes bienes y servicios sanitarios: tratamientos, programas de salud, estados de salud, etc. En línea con lo obtenido en otros estudios, este trabajo obtiene que esta sobrevaloración es significativa. Concretamente, en este artículo se observa que el porcentaje de personas que dicen que comprarían el bien a determinados precios es significativamente superior al porcentaje de personas que efectivamente realiza la compra.

Sin embargo, el mensaje general del artículo es optimista respecto a esta técnica ya que aporta algunas soluciones para corregir esta sobrevaloración. Los autores proponen dos vías alternativas para refinar las encuestas con el objetivo de obtener una medida del grado de certidumbre con la cual se realizaría la hipotética compra. Los resultados del trabajo son muy alentadores. Con estas medidas correctoras las decisiones reales de compra no difieren significativamente de las obtenidas con la valoración contingente.

Eva Rodríguez Míguez

Depto. de Economía Aplicada, Universidad de Vigo

(1) Mitchell RC, Carson RT. Using surveys to value public goods: the contingent valuation method. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1989.

(2) Cummings RG, Taylor LO. Unbiased value estimates for environmental goods: a cheap talk design for the contingent valuation method. *Am Economic Rev* 1999; 89:649-665.

Se puede mejorar el tratamiento de la hipertensión arterial al mismo tiempo que reducir su coste

Bonet A, Gosalbes V, Fito M, Navarro J.

Prescripción racional y reducción de costes en el tratamiento de la hipertensión arterial: un ejercicio de simulación. *Gac Sanit* 2001; 15:327-35.

Contexto

El gasto del tratamiento de la hipertensión arterial se ha incrementado de forma muy importante en los últimos años, sobre todo debido al uso de nuevos fármacos, como los inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA) y bloqueadores de los canales del calcio. Esto ocurre a pesar de la evidencia sobre la efectividad de los tratamientos más tradicionales y que estos son al mismo tiempo más baratos (diuréticos y betabloqueantes).

Pregunta principal

¿Cuál sería el impacto económico de realizar una prescripción racional de medicamentos en la hipertensión arterial (entendiendo racional como la más adecuada a las recomendaciones del Sexto Informe del Comité Americano de Hipertensión)?

Ámbito del estudio y pacientes

313 pacientes hipertensos de un centro de salud de Valencia, seleccionados mediante muestreo sistemático del fichero de tarjetas de largo tratamiento.

Métodos

1) Estudio comparativo de la prescripción actual con la indicación específica: De cada paciente se recogió información –a partir de la historia clínica– sobre el fármaco prescrito y se comparó con los criterios del Sexto Informe del Comité Americano de Hipertensión (CAH-VI), identificando si había indicación específica del fármaco prescrito según dichos criterios, y si existía contraindicación del uso de diuréticos y betabloqueantes en los casos en que se había prescrito otro fármaco. Para poder definir indicaciones y contraindicaciones se tuvieron en cuenta los problemas de salud y características de los pacientes.

2) Estudio de costes:

Se calcularon los costes de la medicación prescrita, según precios de venta al público de 1999. Teniendo en cuenta la duración del tratamiento y las dosis diarias se calcularon los costes por tratamiento/día y coste total del tratamiento al año. Los costes reales se compararon con los que habría tenido el tratamiento en tres escenarios:

Escenario 1: mantener la prescripción realizada por el médico, pero sustituyendo las especialidades usadas por las de menor precio del mismo grupo terapéutico.

Escenario 2: cambiar por el fármaco original del grupo de bloqueadores beta (si no había contraindicación para diuréticos ni betabloqueantes), por la presentación original de coamilofrida (si había contraindicación para betabloqueantes y no para diuréticos), y sin cambios sobre lo prescrito (si había contraindicación para diuréticos y betabloqueantes).

Escenario 3: igual que el escenario anterior, pero eligiendo el fármaco más barato de cada una de las opciones seleccionadas.

Resultados

A un 40% de los pacientes sólo se le prescribió un fármaco, a un 45% dos fármacos y al 15% más de dos. El grupo terapéutico más prescrito fue el de diuréticos (32.5%), seguido de IECA (28%) y bloqueadores de canales del calcio (20.8%). Los betabloqueantes fueron el 6.8% de las prescripciones.

Teniendo en cuenta la comorbilidad, hubo indicaciones específicas en el 97% de los casos en que se prescribió diurético, en el 84% de betabloqueantes, en el 64.5% de los IECA, en el 31.6% de los bloqueadores alfa, y en el 13% de los bloqueadores de canales del calcio. Entre los pacientes que tomaban IECA, un 10% presentaban contraindicación para diuréticos/betabloqueantes, al igual que entre los que tomaban bloqueadores de canales del calcio.

El coste total según la prescripción realizada fue de 12.4 millones de pesetas, con un coste medio por paciente/año de 40.042 pesetas. En el escenario 1, el coste descendía a 32.475 pesetas por paciente/año. En el escenario 2 el coste medio por paciente/año sería de 19.971 pesetas y en el escenario 3 de 6.387 pesetas.

Conclusión

Pasar de la prescripción actual de medicación en la hipertensión arterial a una prescripción más adecuada podría reducir de forma muy importante el gasto del tratamiento.

Fuentes de financiación: no constan.

Correspondencia: Dra. Victoria Gosalbes. E-mail: gosalbes_vic@gva.es

COMENTARIO

Aun teniendo en cuenta las limitaciones de un estudio basado en la revisión retrospectiva de historias clínicas, que los propios autores comentan, los resultados de este estudio son de enorme interés para la práctica clínica y la gestión. Se pone de manifiesto –como en otros trabajos (1,2)– el bajo uso de diuréticos y betabloqueantes en la hipertensión arterial; a pesar de que la presencia de contraindicaciones es pequeña. El incremento en el uso de IECA y bloqueadores de canales del calcio parece poco explicable, dado que no está claro que aporten beneficios frente a los fármacos más tradicionales y suponen un coste mucho más alto.

La enseñanza de este estudio es que es posible una práctica mejor y al mismo tiempo más barata. No vale aquí el argumento –a veces esgrimido– de “lo más idóneo para el paciente a cualquier precio”, porque ni siquiera se está dando lo más idóneo. La oportunidad de mejorar la práctica clínica al tiempo que se reduce el consumo de recursos no es específica de la hipertensión arterial, pero en este caso es especialmente importante, al constituir esta patología una de las más frecuentes en la población y que supone por tanto un volumen considerable del gasto sanitario.

Los datos puestos en evidencia en este estudio sugieren la necesidad de profundizar en las causas de las prescripciones inadecuadas. Es posible que en algunos casos se trate de desconocimiento de la evidencia; si es así, deberían funcionar las estrategias informativas. Pero posiblemente en muchos otros casos los motivos sean menos simples y tengan que ver bastante con los métodos de promoción utilizados por la industria farmacéutica, un asunto que está requiriendo un abordaje decidido cuanto antes.

Soledad Márquez Calderón
Escuela Andaluza de Salud Pública

(1) Quirce F, Gil V, Orozco D, Simón M, Arenas M, Merino J. Perfil evolutivo de los fármacos usados en monoterapia y politerapia en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Hipertensión* 1997; 14:45-50.

(2) Siegel D, López J. Tendencias en el uso de antihipertensivos en los Estados Unidos. *JAMA* (ed. esp.) 1998; 7:213-7.

El coste-efectividad de la Terapia Fotodinámica con Verteporfino para la degeneración macular asociada a la edad no avala su generalización

Sharma S, Brown GC, Brown MM, Hollands H, Shah GK.

The Cost-effectiveness of Photodynamic Therapy for Fellow Eyes with Subfoveal Choroidal Neovascularization Secondary to Age-related Macular Degeneration. *Ophthalmology* 2001; 108: 2051-2059.

Objetivo

Determinar el coste-efectividad de la terapia fotodinámica con verteporfino para el tratamiento de la neovascularización coroidal (NVC) subfoveal en pacientes con degeneración macular asociada a la edad (DMAE). El análisis se realizó desde la perspectiva de un asegurador a terceros con ánimo de lucro.

Diseño

Se creó un modelo coste-utilidad de Markov para determinar el coste-efectividad de la terapia fotodinámica bajo dos escenarios diferentes, utilizando datos de eficacia extraídos del tratamiento de la DMAE en un estudio con terapia fotodinámica y utilidades basadas en los pacientes.

Métodos

El análisis de decisión se realizó incorporando datos del estudio de terapia fotodinámica, los datos de longevidad esperados, y las utilidades basadas en los pacientes. El modelo coste-efectividad se creó incorporando los costes médicos incrementales a partir de los reembolsos de MEDICARE. Se realizaron varios análisis de sensibilidad para determinar la robustez del modelo. Se utilizó también una simulación de Monte Carlo para determinar si había una diferencia significativa en los años de vida ganados ajustados por calidad (AVACs/QALYs) entre la terapia fotodinámica y el placebo.

Resultados

Para un paciente hipotético que tiene una visión 20/40 de base en el ojo afectado (caso base 1), la terapia fotodinámica se asoció con un 10,7% de aumento relativo de su calidad de vida (el tratamiento concede un 0,1324 AVACs/QALYs adicional sin tasa de descuento a lo largo de un periodo de dos años). Para un paciente hipotético que tiene una visión de 20/200 de base en el ojo afectado (caso base 2), la terapia fotodinámica se asoció con el 7,8% de aumento relativo de su calidad de vida (el tratamiento concede un 0,0669 AVACs/QALYs adicional sin tasa de descuento a lo largo de un periodo de 2 años). El análisis de sensibilidad muestra que el modelo era robusto y que la terapia fotodinámica era por lo general el tratamiento de elección dominante. El modelo coste-efectividad demostró que el coste por AVAC/QALY fue de \$86.721 (dólares estadounidenses con una tasa de descuento del 3%) para el caso base 1, asumiendo 5,5 tratamientos; y \$173.984 (dólares estadounidenses con una tasa de descuento del 3%) para el caso base 2.

Conclusiones

Para obtener un AVAC/QALY la terapia fotodinámica con verteporfino cuesta \$86.721 para un paciente afectado de DMAE con una visión 20/40 y \$173.984 para un paciente con DMAE con una visión de 20/200.

Fuentes de financiación: The Principal's Research Initiative Fund, Queen's University, Kingston, Ontario; the Jeanne Mance Foundation, Hotel Dieu Hospital, Kingston, Ontario; the E. A. Baker Foundation, Canadian National Institute for the Blind, Toronto, Ontario; the JP Bickell Foundation, Toronto, Ontario; The Retina Research Foundation, Wills Eye Hospital, Philadelphia, Pennsylvania. Correspondencia: Sanjay Sharma, The Cost-Effective Ocular Health Policy Unit, Hotel Dieu Hospital, Brock 2-224B, 166 Brock St. Kingston, Ontario, Canada K7L 5G2.

COMENTARIO

La degeneración macular asociada con la edad (DMAE) es la causa más importante de pérdida grave de la visión en personas de más de 65 años en Norteamérica y Europa (1). En determinadas situaciones, la fotocoagulación con láser de la neovascularización coroidal (NVC) subfoveal puede reducir el riesgo de pérdida grave de la agudeza visual en comparación con la ausencia de tratamiento. Sin embargo, dadas las limitaciones de la fotocoagulación con láser para la NVC subfoveal se llevó a cabo la evaluación del tratamiento de la terapia fotodinámica con verteporfino (Visudyne: CIBA Vision Corp) en dos ensayos clínicos aleatorios y estos han concluido recientemente que dicha terapia es beneficiosa para el tratamiento de la NVC subfoveal en la DMAE (2,3).

En los análisis de coste-efectividad existe una limitación que consiste en que no es fácil comparar el índice de coste-efectividad resultante con aquellos relacionados con otros procedimientos fuera de la enfermedad de interés. Los decisores necesitan juzgar si está justificado prescribir este tratamiento en comparación con los beneficios para la salud que inevitablemente se sacrificarán en otros puntos del sistema. La pregunta de qué índice coste-efectividad o qué disponibilidad a pagar por un AVAC/QALY se consideran aceptables aún no ha sido plenamente contestada. Johannesson ha utilizado valores estándar de comparación de 40.000, 60.000 y 100.000 dólares por AVAC/QALY ganado (4).

De los resultados del análisis coste-efectividad basado en los datos de los dos ensayos clínicos aleatorios (2,3) podemos concluir que para obtener un AVAC/QALY la terapia fotodinámica con verteporfino cuesta \$86.721 en un paciente con DMAE con una visión 20/40 y \$173.984 en un paciente con DMAE con una visión de 20/200. Así pues el coste-efectividad ofrecido por este estudio es muy alto por AVAC/QALY ganado.

Julio López Bastida

Servicio de Evaluación y Planificación

Servicio Canario de Salud

(1) Klein R, Klein BE, Linton KL. Prevalence of age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1992; 99:933-943.

(2) Photodynamic therapy of subfoveal choroidal neovascularization in age-related macular degeneration with verteporfirin: One-year results of 2 randomized clinical trials-TAP Report 1. Treatment of Age-related Macular Degeneration with Photodynamic Therapy (TAP) Study Group. *Arch Ophthalmol* 1999; 117:1329-1345.

(3) Verteporfirin in photodynamic therapy study group. Verteporfirin Therapy of Subfoveal Choroidal Neovascularization in Age-related Macular Degeneration: Two-year Results of a Randomized Clinical Trial Including Lesions With Occult With No Classic Choroidal Neovascularization - Verteporfirin In Photodynamic Therapy Report 2. *Am J Ophthalmol* 2001; 131:541-560.

(4) Johannesson M, O'Connor RM. Cost-utility analysis from a society perspective. *Health Policy* 1997; 39: 241-253.

Una revisión de los estudios españoles de evaluación económica de la sanidad: podemos hacer más y mejor

Anna García-Altés

Twenty years of health care economic analysis in Spain: are we doing well? *Health Economics* 2001; 10: 715-29.

Objetivo

Revisión sistemática de los estudios españoles de evaluación económica de intervenciones sobre la salud, publicados en el periodo 1979-1999.

Métodos

Búsqueda sistemática en bases de datos biomédicas y en literatura gris (actas de congresos de la Asociación de Economía de la Salud, base de datos TESEO de tesis doctorales, revistas españolas fuera de los índices), con una lista amplia de descriptores. Criterios de inclusión: a) estudios completos de evaluación económica, que comparen dos o más alternativas; b) estudios españoles. La definición de lo "español" consiste en que cuantifiquen los costes en pesetas y que al menos un autor sea español. Criterios de exclusión: a) secciones editoriales y de cartas al director de las revistas; b) actas de congresos, salvo las Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud; c) publicación repetida; d) estudios incompletos, por ejemplo los meros análisis de costes.

Los 87 estudios finalmente incluidos fueron clasificados según múltiples criterios y sujetos a un análisis estadístico descriptivo, univariante y multivariante (análisis de homogeneidad).

Resultados

Cada vez se hacen más estudios de evaluación económica en España. La mayoría, 62%, han sido análisis de Coste-Efectividad (ACE), seguidos por

los análisis Coste-Beneficio (ACB), 17% y los de Minimización de Costes (AMC), 14%. Solamente se publicaron 6 estudios Coste-Utilidad (CU). En los últimos años, el énfasis ha derivado hacia la evaluación de estrategias de tratamiento. Hay una gran concentración geográfica de autores en Madrid y Barcelona (46%).

La revisión encuentra algunas asociaciones significativas dignas de mención: el ACB está ligado a autores universitarios y a tratamientos preventivos, mientras que el AMC se vincula a autores de hospitales y se publica con más frecuencia en revistas internacionales. Un análisis multivariante descriptivo (análisis de homogeneidad) descubre dos dimensiones latentes para categorizar los estudios, su grado de sofisticación, relacionado con el método de análisis, que va desde el simple análisis de minimización de costes, hasta el análisis coste-beneficio. Relacionada con la primera, la segunda dimensión se refiere al tipo de publicación, desde la literatura gris hasta las revistas científicas internacionales.

La revisión destaca los puntos débiles de la producción española. Se publica poco en revistas internacionales, y con demasiada frecuencia no se explicita la fuente de financiación ni la perspectiva del análisis. Otro déficit metodológico frecuente es la falta de mención a las fuentes de datos de costes. Es muy preocupante, y así lo señala la revisión, el bajo impacto que tienen los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones de la sanidad española.

COMENTARIO

La revisión detecta las fortalezas, pero sobre todo las debilidades de nuestro patrimonio evaluador. Cuantitativamente, resulta muy discreto el número de 87 estudios en 20 años, aunque la tendencia a publicar es creciente. Se publica poco en revistas internacionales, y el artículo de revisión que comentamos en esta página no deja de constituir, paradójicamente, una honrosa excepción.

Se supone que la evaluación económica existe para que contribuya a la toma de decisiones informadas de asignación de recursos. Por eso, resulta penoso que tres de cada cuatro estudios españoles no establezcan objetivos directamente ligados a la toma de decisiones. Los estudios, para ser útiles, necesitan ser merecedores de confianza. Por eso también es preocupante que siete de cada diez estudios omitan la referencia a la fuente de financiación del trabajo.

Desde el punto de vista técnico hay algunas debilidades que se enfatizan en la revisión: la falta de utilización de estándares, la poca sofisticación de muchos estudios, que no usan modelos de decisión, y la evidencia que asumen sobre la efectividad de las intervenciones es a menudo fragmentaria, reunida sin método a partir de distintas fuentes. Problemas técnicos que, en mi opinión, se pueden subsanar y se están subsanando, en una trayectoria, esperemos que imparabla, hacia la Economía Basada en la Evidencia (EBE). Desgraciadamente, como advierte el trabajo que comentamos, todavía estamos lejos de contar con una metodología que permita revisar la evidencia de evaluaciones económicas realizadas en diferentes espacios y tiempos.

El problema ético de los posibles conflictos de intereses y vínculos con el opaco financiador es preocupante. También lo es la mala diseminación de los estudios. La lectura del artículo me sugirió una pregunta sobre la función de las Agencias de Evaluación de Tecnologías en España, que sólo habían publicado hasta 1999 cinco de los ochenta y siete trabajos y que no han conseguido solventar el problema de la diseminación de resultados, como advierte el artículo que comentamos.

Este trabajo es un avance en el conocimiento del patrimonio evaluador que hemos acumulado en España y como tal, una referencia obligada para los lectores interesados en el tema. Únicamente se echa en falta que la revisión no incluya la referencia a determinados aspectos técnicos en la revisión de los estudios, como el tratamiento de la incertidumbre y el uso del análisis de sensibilidad. También sería deseable poder leer algún comentario sintético sobre el signo de los resultados. ¿Suelen resultar, según los estudios, más coste-efectivos los nuevos tratamientos que se enfrentan, en la dialéctica de los números, a los tratamientos convencionales? ¿En qué porcentaje? ¿Qué grado de confianza, habida cuenta de la incertidumbre, podemos depositar en esos resultados?

Una última recomendación para los lectores que no sepan inglés: pueden encontrar una versión abreviada del artículo, recién publicada en español (1).

Beatriz González López-Valcárcel
Universidad de Las Palmas de GC

(1) García-Altés, Anna. Evaluación económica de servicios sanitarios en España: 20 años de trayectoria y algunos puntos de avance. En Drummond F, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW, Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria. Segunda edición en español, Madrid: Díaz de Santos, 2001: 341-353.

Hay un núcleo de pacientes que utilizan al tiempo los servicios de urgencias y los servicios sociales, que tienen múltiples problemas no resueltos o no identificados

Keene J, Swift L, Bailey S, Janacek G.

Shared patients: multiple health and social care contact. *Health Soc Care Community* 2001;9:205-214.

Problema

El uso de los servicios sanitarios y sociales no depende del azar, sino de las características personales de los pacientes y de su ambiente familiar y social. Como consecuencia de la fragmentación de las agencias y servicios, no se conoce bien ni el uso múltiple de los servicios, ni su racionalidad, ni su resultado. A la desestructuración de las vidas ofrecemos servicios desestructurados.

Diseño

Estudio observacional, de utilización de servicios.

Metodología

A iniciativa de una universidad, 20 servicios sociales (desde la policía a la cárcel, pasando por albergues de indigentes, servicios de salud mental y urgencias hospitalarias) compartieron durante dos años, desde 1996, los datos de utilización con el objetivo de analizar el uso múltiple de los mismos. Las 20 agencias cubren una provincia inglesa, con una población de 775.000 personas, el 60% rural. El banco de datos común tiene cinco variables: agencia utilizada, fecha, número anónimo de identificación de la persona, fecha de nacimiento y sexo. Los datos se añadían al banco cada trimestre. El foco de interés fue el análisis de la utilización de las urgencias hospitalarias y su relación con el uso de otras agencias.

Resultados

El banco de datos contenía 97.162 personas (12% de la población) que habían utilizado, al menos, un servicio durante los dos años. El 1% del total de la población de la provincia había utiliza-

do más de un servicio (el 12% de las personas incluidas en el banco de datos). Respecto a la utilización de urgencias hospitalarias, lo habían hecho 39.992 personas, el 16,2% del total de los que habían tomado contacto con una agencia social o sanitaria (y el 8,2% del total de la población de la provincia).

La gran mayoría de los utilizadores de los servicios sanitarios y/o sociales, 85.627 (88%), habían tomado contacto sólo con una agencia, durante el periodo de estudio. 11.895 personas habían tomado contacto con dos o más agencias (máximo, nueve). El uso no se distribuyó al azar: el 32% de los pacientes de salud mental y el 65% de los indigentes que utilizaron los albergues habían tomado contacto con otros servicios. El núcleo de grandes utilizadores lo constituyen 56 personas que habían sido atendidas en siete o más agencias, de las que 54 (96%) habían ido a urgencias al menos una vez (15 de estos pacientes habían sido vistos en urgencias entre 10 y 21 veces).

El uso de urgencias se asocia, estadísticamente, al uso de las otras agencias; por ejemplo, los que fueron cuatro veces a urgencias tuvieron 1,83 usos de otras agencias; los que utilizaron cinco, o más veces, las urgencias tuvieron 3,82 usos de otras agencias. De nuevo es un núcleo el gran utilizador que requiere más servicios y de diferentes agencias. En el análisis estadístico se demuestra que la utilización de urgencias predice la intensidad y variabilidad de uso de otros servicios sociales y sanitarios, con independencia de la edad y el sexo.

Fuente de financiación: no consta.

Dirección para correspondencia: J. Keene, Department of Health and Social Care, Bulmershe Court, Early, Reading RG6 1HY, Reino Unido. Correo-e: J.Keene@reading.ac.uk

COMENTARIO

Los profesionales de los distintos servicios sanitarios y sociales logran identificar, habitualmente, a un núcleo de grandes utilizadores. Suelen ser personas con múltiples problemas, a las que la agencia concreta que les atiende en el momento apenas puede responder con un parche para lo más perentorio. Los problemas múltiples exigen la colaboración de las agencias, y la consideración de la persona como un todo. Ambos enfoques son extraños a la función concreta y especializada de los servicios que se ofrecen, y el resultado es el fracaso en la respuesta, y el despilfarro y uso irracional de los recursos. En parte puede explicar, por ejemplo, la alta presencia de enfermos mentales entre la población reclusa. Pero donde los resultados tienen mucho interés es en la demostración empírica del uso de urgencias como entrada (o salida) a problemas que no se solucionan, como recurso de uso fácil para vidas desestructuradas con múltiples problemas sociales y médicos (mentales y orgánicos). El uso reiterado de urgencias debe verse, pues, como un indicador de la coexistencia de múltiples problemas, y como un indicador del fracaso social en la resolución de los mismos; también, como una exigencia ética y moral para coordinar servicios que hoy despilfarran recursos por su desestructuración.

Juan Gérvas

Médico general, médico de Canencia de la Sierra (Madrid), Equipo CESCA (Madrid)

Gestionar la investigación en los hospitales también es tarea de los gestores

Peiró S, Artells JJ.

La gestión de la investigación en los centros sanitarios. Una exploración mediante la técnica del grupo nominal. *Gac Sanit* 2001; 15: 245-250.

Problema

Tradicionalmente, el esfuerzo gestor en relación con la investigación biomédica en el entorno hospitalario se ha limitado a su ordenación administrativa y burocrática. En los últimos años, sin embargo, ha ido ganando cuerpo la idea de que la investigación es un producto esencial de los centros sanitarios, que –al igual que otros productos como el asistencial o el docente– debe ser dirigido y gestionado en su relevancia, calidad, productividad y costes para garantizar su articulación con la misión, posicionamiento estratégico y objetivos de los centros.

Objetivo

Conocer las opiniones de directivos de hospitales y de organizaciones de investigación sobre: 1) la pertinencia de que los centros sanitarios gestionen la investigación biomédica de manera específica y diferenciada; 2) las características que definen la “gestión de la investigación” por oposición a la situación actual de “administración de la investigación”; y 3) los instrumentos de gestión necesarios para poner en marcha una verdadera gestión de la investigación.

Material y método

Reunión estructurada, utilizando una variación de la técnica del grupo nominal, con 14 responsables de centros hospitalarios u organizaciones de investigación de Barcelona, Madrid y Valencia. Los participantes discutieron sobre las tres cuestiones enunciadas previamente, valorando la importancia relativa de las respuestas a las 2 últimas mediante una puntuación de 9 (muy relevante) a 1 (poco relevante).

Resultados

El grupo se mostró partidario de gestionar la investigación en los centros sanitarios como un producto específico y diferenciado. Las respuestas que alcanzaron 7 o más puntos en la segunda pregunta incluyen: el desarrollo de una cultura de evaluación y auditoría externa; soporte transversal y uso común de las infraestructuras y capital intelectual; contabilidad específica; dirección unitaria; priorización de líneas de investigación; y establecimiento de alianzas estratégicas entre centros. Las respuestas con 7 o más puntos en la tercera pregunta incluyen: apoyo a las fundaciones de investigación u otras fórmulas organizativas para impulsar la autonomía de la gestión de la investigación; gestión presupuestaria específica; desarrollo de estructuras de apoyo y de fórmulas contractuales de soporte a la autonomía, creatividad y responsabilidad de los investigadores; y comunicación de resultados.

Conclusiones

La investigación debe ser gestionada de manera específica en los centros asistenciales. Los aspectos más relevantes de dicha gestión son articular mecanismos de evaluación externa y sistemas de información específicos sobre el producto “investigación” y sus costes, el uso compartido de infraestructuras y otros recursos, orientar la actividad en base a la priorización estratégica y desarrollar fórmulas organizativas con mayor flexibilidad y autonomía.

Financiación: La realización del grupo nominal formó parte de una reunión científica organizada por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad y el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad. *Conflicto de intereses:* no se señala. *Correspondencia:* Salvador Peiró. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Juan de Garay, 21. 46007 Valencia. peiro_bor@gva.es

COMENTARIO

Los costes generados por la investigación en hospitales son importantes. Se ha señalado que, en buena parte, son subsidiados desde el presupuesto asistencial (tiempo del personal asistencial, pruebas diagnósticas, etc.), pero las estimaciones incluyen muchas valoraciones arbitrarias y la cuantificación de costes es poco fiable [1]. En todo caso, las actuales presiones para reducir costes, sobre todo en los centros que se financian por proceso, implican más asistencia y menos investigación. Respecto al producto de la investigación, su carácter multidimensional (conocimiento científico, mejora de la capacidad investigadora, apoyo a la toma de decisiones, beneficios para el sector sanitario y para el conjunto de la sociedad [2]), y la dificultad para vincular tales outputs a un determinado proyecto, conllevan importantes dificultades para su medición y valoración [3]. Pese a ello, en el contexto sanitario actual, el conocimiento de los costes y beneficios de esta actividad productiva es esencial a la hora de asignar recursos financieros y organizativos. Para poder elegir entre financiar investigación, docencia o asistencia, o para escoger entre varios proyectos de investigación, debe existir información acerca del consumo de recursos y los beneficios de cada alternativa, y deben tomarse decisiones.

Los resultados de la sesión grupal descrita en el trabajo comentado visualizan un nuevo pensamiento “gerencial” dispuesto a gestionar la investigación. La idea básica es transformar los “reinos de taifas” habituales en una organización con sentido lógico en la estrategia del hospital y responsable ante la sociedad, así como el incremento de la transparencia y la transferibilidad del producto investigador. Las palancas de cambio propuestas serían la flexibilidad organizativa, el desarrollo de sistemas de información sobre costes y producto, y la auditoría externa. Es un camino. El mantenimiento de la actual ignorancia de los costes y beneficios de la investigación en hospitales la hace depender en exceso de la credulidad ante tópicos, a veces sospechosamente interesados, como sus bondades para el desarrollo tecnológico o para la calidad de la asistencia. Y, si se quiere investigar, gestionar la investigación lleva camino de ser necesario.

Sergio García Vicente

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.

Gerencia Hospitales NISA. Valencia

Anibal García Sempere

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Barcelona

(1) Stedman D, Zwelling LA. Importance and Difficulty of Determining the Cost of Clinical Research. *Acad Med* 1996; 71: 1164-7.

(2) Buxton M, Hanney S. Assessing payback from Department of Health Research and Development: Second report. Volume 1: The Main Report, Health Economics Research Group, Brunel University, Uxbridge, 1997.

(3) Ferguson B, Kelly P, Georgiou A, Barnes G, Sutherland B, Woodbridge B. Assessing payback from NHS reactive research programmes. *JMM* 2000; 14: 25-36.

Aplicación del modelo EFQM de excelencia en Atención Primaria

Gené-Badia J, Jodar-Solà G, Peguero-Rodríguez E, Contel-Segura JC, Moliner Molins C.

The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. *Family Practice* 2001; 18: 407-409.

Resumen

Este trabajo evalúa la factibilidad y fiabilidad de la utilización del modelo europeo de excelencia empresarial (EFQM) en el Área Básica de Castelldefels en Barcelona a partir de la comparación de los resultados obtenidos mediante la autoevaluación por los propios profesionales y la realizada por una auditoría externa.

El artículo introduce la situación de los programas de calidad y su evolución en las últimas décadas hacia la gestión total de la calidad y la mejora continua y plantea el modelo europeo EFQM como adecuado al reconocer las deficiencias en las diferentes áreas y estimular la puesta en marcha de posibles soluciones y medidas correctoras y su monitorización. Se realiza una descripción de las características del modelo con los criterios agentes: liderazgo, política y estrategia, personal, alianzas y recursos y procesos y los criterios resultados: satisfacción de los clientes, satisfacción de los profesionales, impacto en la sociedad y resultados empresariales. Se describe la forma de cuantificar los diferentes agentes y resultados en el contexto de la calidad, señalando las diferentes valoraciones asignadas para cada uno de los criterios. El apartado de material y métodos incluye la representación gráfica del modelo y las puntuaciones para cada uno de los criterios y añade un ejemplo del modo de su funcionamiento describiendo los subcriterios referidos al liderazgo.

Después de un periodo de entrenamiento de los profesionales del equipo en la realización de la autoevaluación mediante el modelo, se realiza un análisis en el primer semestre del año 1999 basado en los resultados del año último comparados con el anterior y con actividades desarrolladas por otros centros de salud de la región.

Los resultados se muestran en una tabla con las puntuaciones obtenidas por el equipo de profesionales y auditores externos en cada uno de los nueve criterios y ponen de manifiesto un fuerte compromiso de los líderes por la calidad, una evaluación sistemática de la satisfacción de los profesionales y los usuarios, una política de salud establecida con la comunidad y una clara definición de los procesos y auditoría periódica de los resultados clínicos.

Las valoraciones obtenidas en la autoevaluación por el equipo de profesionales son en general algo menores que los que muestra el equipo de auditores externos entre los criterios considerados como agentes del modelo y mayores en algunos de los resultados.

Los autores del estudio comentan cómo la experiencia demuestra la aplicabilidad de este modelo en nuestro entorno sanitario y por otro lado cómo la similitud de las puntuaciones habla de la fiabilidad del mismo y justifica con la posible autoexigencia por parte de los profesionales las puntuaciones más bajas en los cinco criterios considerados como agentes y valores más altos en algunos criterios de resultados a causa de que los auditores externos no eran profesionales del sector salud.

Las características no prescriptivas del modelo facilitan que pueda ser usado con mayor facilidad por las organizaciones de atención primaria y que sirva para identificar las posibles áreas donde las mejoras proporcionen unos resultados más efectivos pudiendo realizarse comparación de estos a nivel internacional e integrando a los líderes y profesionales en la mejora continua.

COMENTARIO

Las etapas de control, aseguramiento y gestión de la calidad marcan el camino de las organizaciones hacia la excelencia. Esta búsqueda de la excelencia debe ir guiada por la utilización de sistemas que aglutinen a todos los elementos de la organización de una forma integral y en una misma dirección.

El perfil que dibujan las puntuaciones obtenidas en la autoevaluación señala un equipo con un fuerte liderazgo hacia la calidad de la atención prestada, y un equipo que ha planificado sus servicios y desarrollado con claridad los procesos incorporando de forma sistemática a su trabajo cotidiano la metodología de la auditoría interna y la evaluación.

El modelo europeo de excelencia empresarial EFQM desarrollado con todas las premisas de la gestión total de la calidad es una magnífica forma de situarse en esta perspectiva y como tal sirve de marco a un equipo que lleva una trayectoria de trabajo en el área de la evaluación y mejora de la calidad desde hace bastantes años.

La experiencia del equipo del área básica de Castelldefels con el modelo EFQM pone de manifiesto su potencial para evaluar su trayectoria, al tiempo que permite la comparación con otras organizaciones del mismo tipo a nivel europeo. A partir de los resultados expuestos cabe recomendar su utilización y factibilidad por los gestores en el contexto de la Atención Primaria.

Joaquín Uris Sellés

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Alicante

Referencias:

European Foundation for Quality Management. European Excellence Model Brussels 2000. <http://www.efqm.org>

Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Ignacia E, Palacio F, et al. Adaptación de un modelo de calidad total en las instituciones sanitarias españolas. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 184-192.

Ardevol M, Canals M, Gómez A, Llor C. El Modelo Europeo de Gestión Empresarial como instrumento para difundir la cultura de la Calidad Total en el ámbito sanitario de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 170-174.

El filtro en Atención Primaria: instrumento, no finalidad

Ferris T, Chang Y, Blumenthal D, Pearson S.

Leaving gatekeeping behind-effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization. N Engl J Med 2001; 345: 1312-17.

Objetivo

Estimar qué sucede con la utilización de la atención especializada tras la eliminación del requisito de derivación por médico de atención primaria.

Contexto

Harvard Vanguard atendía durante el periodo de estudio a unos 140.000 adultos a través de 120 médicos de atención primaria y un conjunto de especialistas pagados por salario. Desde sus inicios, en 1969, se precisaba referencia del cabecera para acceder al especialista (excepto en salud mental, dermatología y –desde 1995– en obstetricia y ginecología). A partir de 1998 se permite el acceso directo a todos los especialistas. Harvard Vanguard ofrece un tipo de atención al que menos del 5% de la población estadounidense tiene acceso: financiado capitativamente, proporciona atención integrada primaria-especializada, con un porcentaje de especialistas inferior al habitual en Estados Unidos, a través de facultativos remunerados por salario y trabajando en grupo. Además, la población que atiende, de baja rotación y poco utilizadora de especialistas (en el contexto de EEUU), había desarrollado una relación satisfactoria con sus médicos de primaria.

Tipo de estudio

Antes-después, sin grupo de control, sobre un experimento natural. Para comparar la utilización, absoluta y relativa, de la atención especializada se identificaron aleatoriamente cohortes de 10.000 pacientes durante cada uno de los seis semestres de los tres años previos a la eliminación del filtro y durante cada uno de los tres semestres de los 18 meses posteriores a la eliminación del filtro.

Resultados más importantes

Las frecuentaciones, tanto de generalistas como de especialistas, apenas variaron. Los únicos indicios de cambios importantes, provocados por la supresión del filtro, fueron el aumento en la proporción de primeras visitas dirigidas a especialistas (del 24.7% al 28.2%) y las visitas a especialistas por dolor de espalda –mal asunto (1). No se alteraron, en cambio, las visitas por dolor de cabeza, reflujo gastroesofágico, asma y diabetes.

Conclusiones

Para un proveedor que proporciona atención integrada, la supresión del filtro (requisito de que el paciente sea derivado al especialista por un médico de atención primaria) no provocó cambios substanciales en la utilización de especialistas durante los 18 meses posteriores a la citada supresión.

Fuente de financiación: Beca de la Harvard Pilgrim Health Care Foundation, la fundación de la aseguradora en la que se produjo el experimento natural objeto de estudio.

Dirección para correspondencia: Dr Pearson, steven_pearson@hphc.org

COMENTARIO

La capacidad resolutoria constituye el mejor exponente de la eficiencia en la práctica clínica: cada problema dentro de un proceso debería ser atendido por quien pudiera obtener mayores resultados de salud con unos recursos determinados, un ‘especialista’. Por otra parte, nos acercamos al día en el que la mitad de la población tendrá una o más enfermedades crónicas (2) que precisarán, para su atención, de una correcta coordinación entre muchos ‘especialistas’, de una articulación entre niveles asistenciales para proporcionar longitudinalidad (a las personas) y continuidad (a los episodios de enfermedad). Cada organización sanitaria deberá abordar cómo define y gestiona sus procesos. El sistema sanitario público andaluz –un ejemplo poco citado, víctima tal vez de algún sesgo latitudinal– ha optado (3) por abordar, en primer lugar, veinte procesos entre los que figuran: cáncer de mama, dolor torácico, embarazo/parto/puerperio, EPOC, diabetes, síndrome ansioso-depresivo, fractura de cadera, insuficiencia cardíaca, atención al enfermo pluripatológico, patología osteoarticular crónica... Cualquier gestión por procesos clínicamente fundamentada y orientada al usuario implicará una creciente integración entre atención primaria y especializada.

El objetivo de esta integración admite diversos instrumentos: guías de práctica clínica conjunta, atención compartida, financiación capitativa, incentivos para ‘acicalar y largar’ a la Shem (4), fomento de organizaciones sanitarias integradas, poder de compra para la atención primaria, recomposición de la oferta primaria/especialistas, ruptura de círculos viciosos calidad/prestigio/atracción de buenos estudiantes, rol de filtro... Cada uno de estos instrumentos han de ser juzgados únicamente en la medida que contribuyan al objetivo indicado.

El filtro no ha de contemplarse como instrumento de reducción de costes ni incentivo para introducir en las derivaciones criterios externos al paciente (clínicos o no). Es, sencillamente, una de las formas de mejorar la resolución, cercanía y adecuación de una parte importante (no todos) de los servicios sanitarios que se prestan en muchos países.

Vicente Ortún Rubio

Departamento de Economía y Empresa

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

(1) Carey T, Garrett J, Jackman A et al. The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons. N Engl J Med 1995; 333: 913-7.

(2) Lawrence D. Gatekeeping reconsidered. N Engl J Med 2001; 345: 1342-43.

(3) Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Procesos Asistenciales. Guía de diseño y evaluación, agosto 2001 (José-Antonio Cuello: comunicación personal).

(4) Shem S. La Casa de Dios. Barcelona: Anagrama, 2000.

Violencia física y psicológica en parejas adolescentes: más común de lo que parece

Halpern CT, Oslak SG, Young ML, Martin SL, Kupper LL.

Partner violence among adolescents in opposite-sex romantic relationships: finding from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Am J Public Health* 2001;91:1679-85.

Contexto

La mayoría de los estudios sobre violencia de pareja se centran habitualmente en personas casadas o individuos que cohabitan, existiendo pocas investigaciones que abordan el tema en personas que no viven juntas. La prevalencia estimada de violencia entre parejas jóvenes adultas casadas o que cohabitan oscila entre el 23 y el 55%, siendo las tasas más altas las de los menores de 30 años. Dada la alta prevalencia de violencia entre parejas de jóvenes adultos, los adolescentes son un grupo crucial para estudiar e intervenir.

Objetivos

- 1) Describir la prevalencia de ser víctima de violencia física y psicológica en los jóvenes de entre 12 y 21 años.
- 2) Examinar la asociación entre ser víctima de violencia y factores socio-demográficos previamente identificados como marcadores de riesgo.

Tipo de estudio y sujetos

Los datos se extraen de un estudio de ámbito nacional (Estados Unidos) y carácter longitudinal, sobre la salud de los adolescentes (Add Health), que fue diseñado para examinar los determinantes de la salud y las conductas relacionadas con la salud en estudiantes de los grados 7 a 12 durante el curso 1994-95. De los 90.000 adolescentes que completaron los cuestionarios, los respondientes explicaron las relaciones de noviazgo que hubieran tenido en los 18 meses anteriores a la entrevista, y en ellas, los episodios de violencia física menor y/o psicológica. El análisis de este estudio está basado en los respondientes (7.493) que respondieron haber tenido entre 1 y 3 relaciones heterosexuales de noviazgo.

Mediciones

La entrevista incluyó 5 ítems seleccionados de las Conflict Tactics Scales-Form R. En ellos 3 fueron valorados como indicadores de violencia psicológica (*insultar o tratarle de forma despectiva delante de otros, decirle tacos o amenazarle*), mientras que 2 sirvieron como indicadores de violencia física (*lanzarles algo que pudiera herirles y empujarles o pegarles*). Los factores sociodemográficos examinados fueron: sexo, edad, etnia, raza, nivel educativo del padre, estructura familiar, importancia de la religión, tamaño de la escuela y media de grado obtenida.

Análisis

Se hizo un análisis descriptivo, para a continuación desarrollar modelos de regresión logística polinómica, separado para chicos y chicas, para determinar la asociación entre las variables socioeconómicas y los patrones de ser víctima de violencia

Resultados

Un 32% de los respondientes afirmó haber tenido algún tipo de violencia. La mayoría de los comportamientos violentos fueron psicológicos (1 de cada 5 adolescentes habló de violencia sólo psicológica). Aproximadamente un 10% de los que contestaron afirmaron haber sido golpeados y un 3% explicó que se les lanzó algo, normalmente acompañado de violencia psicológica. La prevalencia de violencia es similar en hombres y mujeres, con la excepción de haber sido las chicas más frecuentemente insultadas o tratadas despectivamente delante de amigos.

Solamente 2 predictores mostraron patrones de asociación similares para chicos y chicas: el número de relaciones y la edad. Para ambos sexos, el haber tenido más de una pareja resultó asociado a una mayor razón de ventaja (odds ratio) de violencia psicológica solamente (versus no violencia)

cia) y a una mayor razón de ventaja de violencia física o ambas (versus no violencia). A mayor edad, también para ambos sexos, la frecuencia de violencia fue mayor.

Conclusiones

La violencia física y psicológica en las relaciones es común entre parejas adolescentes y su frecuencia es similar para ambos sexos. La mayor edad y el mayor número de relaciones tenidas se asociaron con mayor frecuencia de violencia, tanto en hombres como en mujeres.

Financiación: El Add Health Project está financiado por el National Institute of Child Health and Human Development to the Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; si bien recibió también ayuda de diversos organismos de ámbito nacional.

Correspondencia: Carolyn Tucker Halpern, PhD. E-mail: carolyn_halpern@unc.edu

COMENTARIO

Los jóvenes y adolescentes de hoy en día se encuentran atrapados en una desconcertante madeja de problemas sociales (dificultades económicas, ruptura de la familia tradicional, conflictos raciales, disponibilidad de drogas, suicidios...) y entre ellos la violencia. ¿Pero qué influye en la violencia en la adolescencia? El artículo comentado da ideas y otros estudios (1,2) muestran algunos factores individuales y sociales que aumentan la posibilidad de violencia en la adolescencia y en los primeros años de adulto: pasado de agresión desde la infancia, exposición a la violencia en su hogar, abuso de drogas/alcohol de los padres, asociación de amigos involucrados en actividades de alto riesgo o con problemas de comportamiento, cambios en la estructura familiar, pocas oportunidades económicas junto al alargamiento de los estudios o trabajos esporádicos, además de los medios de comunicación.

No hay dudas del alto nivel de violencia en los programas de las televisiones españolas, incluidos los dibujos animados, donde hemos comprobado la existencia de insultos, gritos y puñetazos, incluso entre novios (3). Muchos de los autores que reflexionaron sobre la programación televisiva infantil y juvenil comentaron que el estímulo reiterado provoca en los niños/as una creciente insensibilidad ante los hechos violentos, una desensibilización y distorsión perceptiva ante el sufrimiento y la violencia en el mundo real, un grado de "excitación no resuelta" que generan los efectos de la exposición al medio en sí y la pasividad del espectador (3,4).

Ante esto, nos encontramos situaciones románticas, a base sobre todo de situaciones de intimidación, insultos y motes. Surge la pregunta: ¿y qué pasará en las relaciones de pareja entre adultos?

Afortunadamente, entre los adolescentes existe un grupo más amplio comprometido, solidario, tolerante que está dispuesto a dar la cara y su tiempo por causas de igualdad (5). Pero esto no debe hacer olvidar la necesidad de prevenir la violencia, adecuando la educación a las características de la adolescencia, favoreciendo la integración de todos los alumnos/as, distribuyendo las oportunidades de protagonismo, educando en la empatía y el respeto, enseñando a detectar, combatir y resolver los problemas y conflictos que conducen a la violencia.

Joan Carles March Cerdá
Escuela Andaluza de Salud Pública

(1) Encuesta sobre comportamientos de riesgo entre los jóvenes (<http://www.cdc.gov/spanish/esmedia/violencia.htm>).

(2) Paniagua JL, Monedero JC, Pérez A, Montero JM, Velasco M, Bustelo M. Informe sobre Políticas de Juventud en España. Madrid: INJUVE, 1999.

(3) March JC ed. La Generación TV. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.

(4) Nebrada B, Perales A. Jóvenes, violencia y televisión. En Martín M, ed. Violencia y Juventud: Revista de Estudios de Juventud. Madrid: INJUVE, 1998.

(5) Martín M, ed. Violencia y Juventud. Revista de Estudios de Juventud. Madrid: INJUVE, 1998.

La obesidad es el principal factor de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en mujeres americanas adultas

Hu FB, Manson JE, Stamper MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al.

Diet lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001; 345: 790-797.

Problema

La diabetes mellitus tipo 2 es una patología frecuente en adultos, fundamentalmente en mujeres. Son conocidos algunos factores de riesgo de la misma, como la dieta u otros estilos de vida, pero no ha sido bien analizado el efecto combinado de estas variables.

Objetivo

Examinar simultáneamente un grupo de factores de riesgo dietéticos y de estilos de vida, en relación a la diabetes tipo 2 y estimar la proporción de casos que podrían ser teóricamente evitados adoptando múltiples comportamientos de bajo riesgo.

Diseño

Estudio prospectivo de cohortes en el que realizó el seguimiento de 84.941 mujeres enfermeras, desde 1980 hasta 1996. Forma parte del Nurses' Health Study, iniciado en 1976, en el que se incluyeron 121.700 enfermeras entre 30 y 55 años. Se excluyeron las mujeres con problemas de salud, como diabetes, cáncer o enfermedades cardiovasculares. Durante el estudio se recopiló información periódicamente sobre dieta y estilos de vida. La tasa de seguimiento, respecto a la incidencia de diabetes, fue del 97% del total de potenciales personas año.

La definición de grupo de bajo riesgo se realizó según cinco variables: índice de masa corporal (IMC: peso en kilos/altura en metros al cuadrado) inferior a 25; actividad física moderada o intensa durante al menos media hora al día; no consumo habitual de tabaco; consumo de al menos media bebida alcohólica al día; y dieta con alto contenido en fibra de cereales y grasas poliinsaturadas y baja en grasas insaturadas y en carga glicémica. Se calculó el riesgo relativo (RR) dividiendo la incidencia de diabetes entre las mujeres del grupo de bajo riesgo y la incidencia en el resto. Se ajustó por múltiples factores utilizando regresión logística de Poisson.

Medidas de resultados

La definición de caso nuevo de diabetes se realizó partiendo de la información obtenida de los cuestionarios sobre síntomas, cifras de glucosa en sangre y tratamiento con medicación hipoglicemiante.

Resultados

Durante los 16 años de seguimiento se detectaron 3.300 nuevos casos de diabetes tipo 2. El factor de riesgo más importante fue el índice de masa corporal, con un riesgo relativo de 38,8 (IC 95% 31,9-47,2) para las mujeres con IMC superior o igual a 35, y de 20,1 (IC 95% 16,6-24,4) para las mujeres con IMC entre 30 y 34,9, comparadas con las que tenían IMC igual o inferior a 23. La falta de ejercicio físico, la dieta pobre en fibra y ácidos grasos poliinsaturados, el uso habitual del tabaco y la abstinencia de alcohol incrementaron también el riesgo de diabetes, de forma significativa, incluso después de ajustar por el IMC. Las mujeres en el grupo de bajo riesgo (3,4% del total), comparadas con el resto de la cohorte, tuvieron un RR de diabetes de 0,09 (IC 95% 0,05-0,17). El 61% de los casos de diabetes en esta cohorte podrían ser atribuidos al sobrepeso (IMC superior a 24,9) y el 91% al total de hábitos y formas de vida analizados.

Conclusión

La mayoría de los casos de diabetes tipo 2 podrían ser prevenidos mediante la adopción de estilos de vida más saludables.

Financiación: Research grants (DK36798 and CA87969) from the National Institutes of Health and by American Diabetes Association Research Award (to Dr. Hu).

Correspondencia: Dr. Hu at the Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, 665 Huntington Ave., Boston, MA 02115, or at frank.hu@channing.harvard.edu

COMENTARIO

La diabetes tipo 2 afecta a un número importante de personas adultas, observándose un incremento en la prevalencia, relacionado posiblemente con cambios en estilos de vida (1). Esta enfermedad produce graves complicaciones, reduce la esperanza de vida y ocasiona costes asistenciales importantes.

A menudo se plantea la necesidad de diagnóstico precoz de los afectados, pero con menor frecuencia se recuerda la importancia de la prevención primaria, dirigida a evitar la aparición de nuevos casos.

Los datos del estudio presentado ponen de manifiesto que el sobrepeso y/o la obesidad son los principales factores de riesgo de esta patología (61% de los casos detectados). Es necesario destacar que en nuestro medio se observa un incremento importante de la prevalencia de sobrepeso, debido a cambios en estilos de vida. Puesto que el exceso de peso también es factor de riesgo de otras enfermedades, como la patología cardiovascular o algunos cánceres, es imprescindible hacer llegar a la población esta información y desarrollar programas integrales y multisectoriales que ayuden a reducir la prevalencia de sobrepeso. Según citan los autores, en países como China o Finlandia se ha demostrado la factibilidad y efectividad de estos programas en poblaciones de alto riesgo.

Junto al exceso de peso, la falta de ejercicio físico, la dieta pobre en fibra y en grasas poliinsaturadas, el uso del tabaco y la abstinencia de alcohol, constituyen los principales factores de riesgo, llegando a justificar el 91% de los casos de diabetes. Algunos de estos factores podrían actuar tanto directamente, sobre el metabolismo de la glucosa, como indirectamente, influyendo sobre el peso corporal. Según estos resultados y los de otros trabajos (2-4), cambios en los estilos de vida podrían reducir drásticamente la incidencia de diabetes en los adultos. Respecto al consumo de alcohol, aunque ingestas moderadas parecen ser un factor protector frente a la diabetes, no parece justificada su recomendación, puesto que podría inducir consumos excesivos que incrementarían el riesgo de otras patologías.

Según el estado del conocimiento, el control del sobrepeso puede ser considerado prioritario en la prevención de la diabetes tipo 2 en los adultos.

María José Rabanaque
Universidad de Zaragoza

(1) Pérez-Bravo F; Carrasco E; Santos JL; Calvillan M; Larenas G; Albala C. Prevalence of type 2 diabetes and obesity in rural Mapuche population from Chile. *Nutrition* 2001; 17: 236-8.

(2) Ryan AS. Insulin resistance with aging: effects of diet and exercise. *Sports Med* 2000; 30: 327-46.

(3) Okosun IS. Ethnic differences in the risk of type 2 diabetes attributable to differences in abdominal adiposity in American women. *J Cardiovasc Risk* 2000; 7: 425-30.

(4) Ostgren CJ; Lindblad U; Ranstam J; Melander A; Rastam L. Associations between smoking and beta-cell function in a non-hypertensive and nondiabetic population. Skaraborg Hypertension and Diabetes Project. *Diabet Med* 2000; 17: 445-50.

“Toma de decisiones compartida”: La perspectiva de los (o algunos) consumidores

Edwards A, Elwyn G, Smith C, Williams S, Thornton H.

Consumer's views of quality in the consultation and their relevance to “shared decision-making” approaches. *Health Expectations* 2001; 4: 151-161.

Problema y objetivo

Evaluar los supuestos beneficios que derivan de la participación de los pacientes, en tanto que clientes y consumidores, en la toma de decisiones y otras intervenciones relativas a la comunicación entre el proveedor y el consumidor de servicios socio-sanitarios. Tras revisar lo publicado al respecto, destacan la existencia de trabajos centrados en la evaluación de lo que han venido en denominar “resultados cognitivos” (1) del paciente –percepción adecuada del riesgo, cambios en su conducta, adhesión al tratamiento– si bien últimamente los trabajos se han ido orientando hacia “resultados afectivos”, tales como la satisfacción con la consulta, la disminución de la ansiedad, o la certidumbre o al menos confianza en haber escogido la pauta terapéutica más adecuada.

Los autores, mediante la utilización de técnicas cualitativas, se plantean el objetivo de identificar similitudes y diferencias entre los resultados obtenidos mediante entrevistas muy directas a los consumidores y los hallados en investigaciones previas.

Sujetos y método

Grupo focal con 6 grupos: 3 a partir de pacientes de atención primaria, 2 con personas pertenecientes a asociaciones de consumidores/pacientes, y un último grupo de individuos que habían interpretado el papel de paciente (patient simulators) en actividades de formación médica, y por consiguiente, con experiencia y dotes de comunicación. El número final de individuos entrevistados fue 41.

Antes de las entrevistas se informó a los grupos sobre las tendencias y políticas actuales (en Gran Bretaña) sobre la participación de los pacientes en la toma de decisiones, y se les reprodujo una grabación de una consulta “real” de atención primaria como elemento “estimulador”. Estas eran semiestructuradas y abordaban cuestiones como la valoración de los participantes acerca del concepto “toma de decisiones compartida” (TDC), la puesta en práctica de la misma, las expectativas propias y generales, además de animarlos a exponer y discutir con los demás experiencias propias.

Las sesiones fueron grabadas y los resultados organizados por temas y categorizados por dos de los autores de forma independiente.

Resultados

Los consumidores destacan la importancia de sentirse respetados y contribuir de forma importante en todo el proceso de toma de decisiones. Que la información sea completa, clara y veraz (incluyendo la especificación de opciones y alternativas), y la atención y elaboración del plan de cuidados sea “individualizada” son otros de los resultados más apreciados. También se destacó la importancia de materiales de apoyo que permitan al paciente su revisión y reflexión una vez acabada la consulta.

Los pacientes además consideraron que en ocasiones es necesario más de un contacto con el profesional para que se produzca una adecuada valoración de su caso, y preferiblemente que ese profesional sea el mismo. En cuanto a la implicación, dependerá de la naturaleza, gravedad y cronicidad de la condición del paciente. Se consideró que los pacientes en general tienden a valorar más la percepción subjetiva de implicación en la toma de decisión que la contribución real que hayan podido ejercer. Todo ello contribuye a disminuir la ansiedad y tener una mayor certeza de haber escogido el tratamiento adecuado.

Discusión y conclusiones

Edwards y colaboradores confirman con su trabajo los resultados de estudios previos, si bien resaltan que las respuestas obtenidas por ellos reflejan realmente el punto de vista de los pacientes, mientras que trabajos precedentes adolecen de no haber identificado previamente estas cuestiones, y por lo tanto, los consumidores se limitaron a expresar su opinión sobre una lista restringida de temas generados por “expertos”. Como limitaciones señalan que el método utilizado no permite la generalización de los resultados y que pueden existir sesgos hacia ciertos temas. Como conclusión, y a la vista de estos “nuevos resultados identificados”, sugieren que futuras investigaciones deben ser orientadas o centradas en los consumidores y sus opiniones.

COMENTARIO

Existe un interés creciente en la participación activa de los pacientes en el proceso de toma de decisiones, y prueba de ello es el volumen de trabajos publicados en los últimos años. Además, la utilización de metodología cualitativa es especialmente adecuada en este tipo de investigación, donde ayuda enormemente a clarificar e incluso “centrar” la cuestión objeto de investigación, ayudando a la conceptualización y generación de nuevas hipótesis. Por otro lado es particularmente útil en política y planificación sanitaria aportando información descriptiva y comprensión del contexto.

Lo novedoso del presente trabajo es su enfoque, al no partir, como otros estudios, de unas “listas prefabricadas y restringidas” por parte de expertos, sino dejar que los clientes/consumidores expresen sus deseos y expectativas de forma abierta y basándose en sus experiencias. Gracias a ello consiguen confirmar lo conocido e identificar nuevos resultados (respuestas), especialmente útiles para futuras investigaciones en este campo. Además Edwards y col. nos aportan, como valor añadido, una valiosa bibliografía sobre el tema. Tan sólo señalar que hubiera sido deseable que los autores hubieran tenido en cuenta las características de los integrantes de los grupos focales (edad, sexo, nivel socioeconómico, etc.), factores que se asocian, con destacable variabilidad, a las preferencias de los pacientes tanto sobre el tipo y la forma en que desearían recibir la información, como con el grado en que les gustaría involucrarse a la hora de decidir una alternativa terapéutica (2), lo que requiere una necesaria clarificación de ambos aspectos.

Manuel Marín Gómez
Fundación IISS

(1) Edwards AGK, Elwin GJ. How should effectiveness of risk communication to aid patients' decisions be judged? A review of the literature. *Med Decision Making* 1999; 19: 428-434.

(2) Robinson A, Thomson R. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Qual Health Care* 2001; 10(suppl 1): i34-i38.

Insuficiente evidencia sobre la eficacia de los antagonistas de los receptores de leucotrienos en el asma. Un ejemplo de las dificultades en la evaluación

Schachter HM, Kovesi T, Ducharme F, Langford S, Clifford T, Moher D.

The challenges of early assessment: leukotriene receptor antagonist. Ottawa: Canadian Office for Technology Assessment, 2001. Technology report no. 19. (Accesible en www.ccohta.ca)

Problema

En los últimos años se han lanzado al mercado nuevos fármacos con acción antagonista de los receptores de leucotrienos (ARL) para el tratamiento del asma leve o moderado, que han sido estudiados en personas mayores de seis años (montelukast) y de doce años (zafirlukast). Estos fármacos se presentan con propiedades antiinflamatorias y broncodilatadoras que podrían sustituir o reducir las dosis de los corticoides inhalados, sin sus efectos adversos y dificultades de administración (una o dos dosis diarias vía oral). Dada la elevada prevalencia e importancia del problema es muy relevante contar con información objetiva sobre su eficacia y seguridad.

Tipo de estudio

Revisión sistemática de la literatura sobre eficacia y seguridad de los fármacos ARL, excluyendo pranlukast y zileuton, por no estar comercializados en Canadá.

Método

Se utilizó una estrategia exhaustiva de identificación de estudios, incluyendo bases de datos primarias de documentación (Medline, Embase, Pre-Medline, Biological Abstracts, CINAHL y Dissertation Abstracts), las bases secundarias de ensayos clínicos como Cochrane Library's Controlled Clinical Trials Registry y Current Controlled Trials (independientemente del estado de publicación), así como listas de referencias de otras revisiones y búsqueda manual de revistas y resúmenes de congresos. Se contactó a los fabricantes de ARLs por si podían aportar ensayos adicionales y complementar la información publicada como literatura gris. La población de estudio son los pacientes con diagnóstico de asma leve a moderado, crónico o recurrente, con criterios diagnósticos predefinidos en los ensayos. Se excluye el asma relacionado con el ejercicio y los estudios de duración menor de cuatro semanas.

Se eligieron los ensayos que respondieran a las siguientes preguntas de investigación:

- Eficacia y seguridad de los ARL frente a dosis estándar de corticoides inhalados.
- Beneficios de añadir ARL a los pacientes que ya están siendo tratados con corticoides inhalados.
- Beneficios de añadir ARL a los pacientes que ya están siendo tratados con corticoides inhalados frente a incrementar la dosis del corticoide inhalado más placebo.
- En pacientes con corticoide inhalado, posibilidad de disminuir la dosis añadiendo ARL.

La selección de estudios incluyó varias fases, como valoración de la relevancia y elegibilidad por dos revisores, estudio de reproducibilidad, resolución de desacuerdos y seguimiento de los estudios excluidos. La extracción de datos fue realizada por tres revisores entrenados y para la evaluación de calidad de las publicaciones se usó una escala validada de tres ítems (aleatorización, enmascaramiento y seguimiento) más un índice de ocultación de la asignación de tratamiento. Todas las discrepancias se resolvieron por consenso.

Resultados

En la primera fase se localizaron 185 documentos potencialmente rele-

vantes, de los que se seleccionaron 41, correspondientes a 22 ensayos clínicos. De éstos, sólo 8 son descritos en publicaciones de revista, mientras que del resto sólo se dispone de resúmenes de congresos.

Muchos de los datos requeridos en el protocolo de la revisión no estaban disponibles o eran imprecisos. Algunos criterios de selección de estudios se relajaron ante la imposibilidad de encontrar la información requerida a priori (criterios diagnósticos de asma o estado sintomático). El contacto con la industria tampoco fue de ayuda para clarificar estos detalles, aunque se recibió alguna orientación sobre los documentos correspondientes a un mismo ensayo. Con esta información no fue posible establecer la validez interna del 65% de los ensayos, ni la población a la que podrían aplicarse los resultados. Por estas razones se descartó la realización de un metanálisis, además de por la variabilidad entre estudios en cuanto a la intervención (dosis, duración), pautas de comparación y divergencias en las medidas de resultados.

En general, la calidad metodológica de los ensayos es baja y, sin la información requerida, no es posible asegurar si esto se debe a la situación de las publicaciones o a una deficiente validez interna. La información disponible se considera demasiado problemática para extraer conclusiones sobre la utilidad de estos fármacos, tanto como monoterapia o como terapia complementaria a los corticoides. Se considera que la información está todavía en desarrollo y que es necesario esperar a que se hagan públicos nuevos datos para valorar la evidencia y poder extraer alguna conclusión.

Fuente de financiación: no consta.

COMENTARIO

Los antileucotrienos son fármacos que se han difundido rápidamente en nuestro sistema sanitario, a pesar de la baja calidad de la información disponible, probablemente por los problemas inherentes al tratamiento con corticoides y la elevada prevalencia del asma. Los resultados de este informe hacen que sea muy importante reconsiderar la investigación disponible y sus consecuencias para la práctica clínica y la gestión de recursos. Dos recientes revisiones de la Colaboración Cochrane han abordado estas cuestiones con resultados similares (1, 2).

Por otro lado, esta revisión ilustra claramente las dificultades inherentes en la evaluación de toda nueva tecnología, especialmente cuando los estudios en que se fundamenta no son publicados de forma completa y estructurada y/o no proporcionan toda la información necesaria para juzgar su validez. A pesar del esfuerzo realizado en este trabajo por revisar de forma exhaustiva la literatura gris, ésta no aportó información relevante. En este caso, tampoco se consiguió clarificar la situación a través del contacto con la industria.

Eduardo Briones

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla

(1) Ducharme F. Addition of anti-leukotriene agents to inhaled corticosteroids for chronic asthma. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.

(2) Ducharme FM, Hicks GC. Anti-leukotriene agents compared to inhaled corticosteroids in the management of recurrent and/or chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.

www.HealthySkepticism.org

El sano escepticismo de la evidencia científica

José-Manuel Freire

Centro Oncológico MD Anderson Int España

La palabra *escepticismo* en el lenguaje popular está más asociada a la doctrina filosófica que a su significado etimológico, relacionado con "*escopia*" (del griego *skeptomai*, *skopéo*: observar, considerar, origen de palabras como telescopio, microscopio, etc. tan útiles en la ciencia. Los responsables de la página web HealthySkepticism han querido recuperar el significado etimológico original para un proyecto que pretende esencialmente analizar –observar y considerar– la información sobre medicamentos y todo tipo de publicidad sanitaria –no sólo la que se presenta como tal–, a la luz de la evidencia científica y el interés público.

Por ello, la web www.healthyskepticism.org es una de esas páginas imprescindibles para médicos, autoridades sanitarias, agencias del medicamento, organizaciones de consumidores, periodistas sanitarios, estudiantes de medicina, farmacéuticos, personal de la industria farmacéutica, etc. Como fruto de la responsabilidad social y profesional de sus autores en un área de tanto interés, esta iniciativa merece de entrada el mayor respeto y gratitud. Pero además, la gran profesionalidad y rigor de su contenido, y la utilidad del mismo, hacen de esta página un referente obligado en la red mundial de webs médicas que se identifican explícitamente con palabras claves como honestidad, interés público, salud, servicios sanitarios, medicina y política sanitaria basadas en la evidencia científica. HealthySkepticism se caracteriza además por haber nacido explícitamente para luchar contra los intereses que están detrás de la promoción engañosa de medicamentos, del marketing y la publicidad deshonestos en relación a la salud y los servicios sanitarios.

HealthySkepticism es la evolución natural de otra iniciativa que todavía puede ser consultada en la red: MaLAM (*Medical Lobby for Appropriate Marketing*), una organización de origen australiano fundada en 1983, cuya página web, a punto ya de fusionarse con HealthySkepticism, todavía se puede visitar (<http://www.camtech.net.au/malam/index.html>). Su desarrollo fue posible gracias a una subvención del Departamento de Medicamentos Esenciales de la OMS. Como organización internacional sin ánimo de lucro, se dirigía a profesionales y políticos sanitarios con el objetivo de defender una atención médica científica, compasiva y correcta, frente a las prácticas del marketing farmacéutico sin ética ni control, que pueden ser tan gravemente perjudiciales para la

salud. Inicialmente MaLAM se dedicó a combatir la promoción engañosa de medicamentos en países en desarrollo, donde las consecuencias de estas prácticas son potencialmente peores que en los países desarrollados, a causa de la falta de controles y de información independiente. Más tarde, MaLAM ha continuado este trabajo, ampliándolo a la promoción engañosa en todos los países, en un mundo globalizado. Los informes de MaLAM han tenido una importante repercusión en publicaciones como *Lancet*, *British Medical Journal* y otras igualmente prestigiosas. El Boletín –newsletter–, que ahora publica HealthySkepticism, ha recibido grandes elogios de personalidades prestigiosas de la medicina por ser una demostración de la utilidad de los principios de la medicina basada en la evidencia aplicados al mundo real de la salud, y por su contribución para contrarrestar prácticas engañosas de marketing y publicidad en todo el mundo, pero especialmente en los países pobres, donde causan más daño a la salud.

El cambio de MaLAM a HealthySkepticism se debe, según su propia explicación en el Boletín de noviembre-diciembre 2000 (1) a la necesidad de mayor eficacia, de enfocar también sus actividades a los países desarrollados, respondiendo a las nuevas realidades del marketing sanitario, ahora más global-internacional y sofisticado que en los años 80. Sus objetivos, sin embargo, no han variado, siguen siendo básicamente: (1) Propugnar servicios médicos de base científica, compasivos y apropiados, defendiendo a los profesionales sanitarios y público en general de prácticas de marketing perjudiciales para la salud; (2) Dialogar con las autoridades sanitarias responsables de regular el marketing de productos relacionados con la salud; ejercer presión para que proporcionen información fiable sobre los tratamientos más correctos; (3) Apoyar el desarrollo de sistemas de control de calidad del marketing y otros métodos que posibiliten que el marketing relacionado con la salud sea más fiable y útil. (4) Difundir información que pueda ser útil a los profesionales sanitarios para actuar en beneficio del público; (5) constituir grupos de presión médicos a favor de un marketing correcto.

La página web HealthySkepticism está organizada de una forma intuitiva que permite un rápido acceso a su contenido, a través de una lista de menús situados en la columna de la izquierda, que comprende los siguientes puntos: *Nuevo*; *Acerca de HealthySkepticism*; *Publicaciones*; *Ediciones*

Internacionales; *Informaciones Especiales*; *Correspondencia*; *Enlaces*; *Bibliografía*; *Citas*; *Healthyskepticism NZ*; *Cómo el Marketing Influye en los Servicios Sanitarios*; *Publicidad Directa al Consumidor*; *Búsquedas*; *Contáctenos*; *Página Principal*. De todos ellos, los enlaces-links a otras páginas web de contenidos similares merecen una mención especial, porque permiten conectar al lector directamente con las páginas web más fiables e interesantes del mundo en estas materias (desde periodismo de investigación a agencias internacionales, pasando por organismos de diversos gobiernos del mundo, universidades, la red de la medicina basada en la evidencia, revistas, y un largo etcétera de contenidos similares).

HealthySkepticism invita a sus visitantes a convertirse en suscriptores, preferentemente activos, de pago 75 \$ australianos (unos 35-40 \$ US). Estas suscripciones son la base económica de HealthySkepticism. Sin embargo se puede ser también suscriptor gratis y fácil: basta con escribir en el lugar apropiado la dirección de correo electrónico. De momento la única diferencia entre los suscriptores de pagos y los otros es la satisfacción moral de contribuir al sostenimiento de HealthySkepticism. En el futuro los suscriptores de pago podrán participar activamente en la página web. Los suscriptores reciben alertas de las nuevas ediciones del Boletín *Healthy Skepticism International News*, publicado cada dos meses. Healthy Skepticism anima a sus visitantes a una participación activa. En primer lugar, haciéndose suscriptores, pero también difundiendo su actividad, informando de material que pudiera ser incluido en la página web, enviando enlaces de interés, escribiendo trabajos originales, etc.

La importancia de páginas web como HealthySkepticism es evidente para todos los que conocen la complejidad de la información sobre medicamentos y productos sanitarios, los enormes intereses económicos en juego y las actividades y métodos del marketing que los promueven. Como ejemplo de todo ello puede consultar el lector un artículo reciente del JAMA (2). O más fácil: preguntar a cualquier amigo médico. Por todo ello, bienvenidos a Healthy Skepticism.

(1) <http://www.healthyskepticism.org/editions/IN0012.htm>

(2) Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry. *JAMA* 2002;287:612-617.

El método es cuestión de método

Manuel Arranz

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

Los amantes de la literatura saben que una buena descripción no tiene precio, y que su valor reside casi siempre en el detalle. El efecto que se consigue con la descripción de esos detalles insignificantes, apenas perceptibles a primera vista, no se consigue con ningún otro procedimiento, por alambicado que este sea. Y es que la descripción es la forma que tienen los escritores de diagnosticar a sus personajes. Pues bien, en la sección de Material y métodos de un artículo científico los detalles no tienen menos importancia, sólo que aquí lo que se trata de describir no son los detalles insignificantes, sino todo lo contrario, los significativos. O por decirlo de otro modo, no nos interesa tanto el leve parpadeo del ojo izquierdo del personaje, sino más bien cuánto pesa el personaje en cuestión, cuánto mide, edad, sexo, profesión, estado civil, etc. Como se ve, cuando se trata de la redacción científica, no somos lo que se dice precisamente sutiles.

Al definir la función de esta sección clave del artículo original, los manuales de estilo no dejan lugar a dudas. Se trata de explicar al hipotético lector qué es lo que se hizo para responder a la pregunta planteada en la introducción, o a la hipótesis del estudio o investigación si se prefiere, con el grado de detalle suficiente que permita una primera evaluación del trabajo, es decir, de la coherencia y congruencia de su planteamiento y los medios puestos para obtener la solución, y que consiguientemente pueda hacer factible, si se desea, la repetición del estudio, experimento o ensayo, en condiciones similares. Y hablando de detalle, un detalle importante, aunque parezca mentira, es dar siempre la referencia bibliográfica del método utilizado. Por lo demás se trata de contar *qué* es lo que hemos hecho, *por qué* lo hemos hecho como lo hemos hecho y no de otra manera, y, naturalmente, *cómo* lo hemos hecho, de forma que nuestras explicaciones no puedan prestarse a equívocos ni interpretaciones de ninguna clase. El programa estadístico utilizado, el cuestionario, el diseño de la investigación, los pacientes o participantes en el estudio, con sus características y los correspondientes criterios de inclusión y exclusión, y una descripción si procede del material utilizado, son, en líneas generales, los elementos del apartado Material y métodos. Elementos que no se trata únicamente de describir, sino también de justificar. Es decir, tienen que estar sustentados siempre en criterios sólidamente establecidos. Criterios de pertinencia, como se los

suele denominar. Es decir, como se decía antiguamente, con conocimiento de causa.

Pero lo primero que debemos tener en cuenta en esta sección es que estamos manejando diferentes y distintos tipos de información que no conviene mezclar; no sólo en aras de la claridad, sino sobre todo de la precisión (digamos entre paréntesis que la mezcla de información es uno de los peores y más arraigados vicios de la redacción científica), desde la descripción de los materiales (fármacos, instrumentos, animales, sujetos humanos, etc.) hasta la secuencia de los procedimientos que se han seguido, o incluso en algunos casos que se han omitido. Pero si la descripción del método es cuestión de método (secuencias lógicas y cronológicas de mediciones, intervenciones, etc.), no lo va a ser menos su elección. Aquí, en la elección del método, entrarán consideraciones de otro tipo, que naturalmente van a influir en distinto grado en la consistencia de los resultados. La elección del método nunca deberá ser aleatoria, sino que debe obedecer a criterios de excelencia: no todo se puede medir del mismo modo, ni analizar del mismo modo evidentemente. Me avergüenza escribir este párrafo. Algo tan elemental, pero que sin embargo se incumple tantas veces, pues los resultados parece que están siempre garantizados, incluso resultados consistentes, incluso resultados congruentes. Sucede lo mismo que con las búsquedas bibliográficas. Su facilidad y la cantidad de referencias obtenidas siempre, se han convertido en sus peores enemigos. Todo debe hacerse, y suele hacerse sin duda, con método. ¿Pero el método era el adecuado? ¿el que más convenía al tipo concreto de investigación que hemos llevado a cabo? De hecho, una buena crítica a la sección de Material y métodos suele ser suficiente para desarmar todas las hipótesis e invalidar todos los resultados. Esto es algo que saben los revisores de todas las revistas científicas, y una de las principales causas de rechazo de originales.

Finalmente, podría compararse el método con una fórmula magistral. Para que una fórmula surta efecto, para obtener los resultados deseados, es necesario que se den una serie de condiciones. Por una parte aquellas que podríamos denominar intrínsecas, es decir, los componentes mismos, cantidad y calidad, características, proporciones, etc., y por otra lo que, siguiendo con esta imagen, llamaríamos extrínsecas, es decir, las operaciones a que son sometidos dichos elementos intrínsecos. A

nadie se le escapa que la receta deberá ser todo lo minuciosa y detallada posible, y que la omisión de un dato, de un componente, o de una cualidad, pueden dar al traste con todo el proceso.

Naturalmente el método, y esta es tal vez una afirmación peligrosa, supone también un entrenamiento para la investigación. Generalmente ya sabemos, con un pequeño margen de error, qué es lo que vamos a encontrarnos al final, y qué no vamos a encontrar. Pocas sorpresas nos suele deparar la investigación. Afortunadamente. Y cuando queremos encontrar algo de lo que desconocemos las causas, por mucho método que pongamos no lo encontraremos. Pero ya dijimos en el primer capítulo de esta serie que sólo nos íbamos a ocupar de aquellas investigaciones que Kuhn define con el nombre de *operaciones de limpieza* (1). Un nombre que no podía prosperar evidentemente, pues aunque todo el mundo sabe que la retaguardia es decisiva para la victoria final, es la vanguardia la que se lleva todos los laureles.

Enviado el original al editor de GCS, me contesta lo siguiente: *"Entretenido... pero quizás le falta grano. En el método el autor debe explicar básicamente cómo ha lidiado los posibles sesgos que amenazaban a priori la validez de su trabajo, y esto hay que decirlo de alguna forma. De hecho, en la parte de limitaciones de la discusión deberá retomar el método para explicar bien esto. Además, no veo la necesidad de tratar el método, si es que existe alguna referencia más allá del tipo de diseño usado, y ni siquiera el análisis cuando éste es de uso común. Los métodos tienen una estructura clásica que habría que comentar: diseño, lugar/entorno, pacientes/material, intervención si es un ensayo, medida de resultados, otras variables, instrumentos, proceso de la investigación, aspectos éticos y análisis estadístico que, aunque puede variar en función del trabajo, habría que comentar. O sea, el método del método".* Una prueba definitiva, por si hiciera falta, de lo cuidadosos que hay que ser en la redacción de esta sección sobre el método. Ni que decir tiene que el autor agradece y suscribe todos los comentarios del editor, que además le han salvado el artículo.

(1) Arranz M. Operaciones de limpieza. Gest Clin Sanit 2001; 3 (2): 75.

Información para los lectores

Responsable Editorial

Fundación IISS
Ricard Meneu
C/ San Vicente 112, 3
46007 VALENCIA
Tel. 609153318
ricardmeneu@worldonline.es
iiss_mr@arrakis.es

Publicidad

Fundación IISS
Manuel Ridao
C/ San Vicente, 112, 3
46007 VALENCIA
Tel. 609153318
iiss_mr@arrakis.es

Diseño Gráfico

Rosa Rodríguez
Paz Talens

Suscripción anual

Normal: 40 Euros
Números sueltos: 15 Euros

Números deteriorados y pérdidas

Los números deteriorados y pérdidas de distribución serán repuestos gratuitamente siempre que se soliciten en los 3 meses siguientes a la edición del correspondiente número.

Para su edición y difusión GCS tiene establecido un convenio con la **Fundación Salud Innovación y Sociedad**.

Defensor del lector

Salvador Peiró
iiss_mr@arrakis.es

Protección de datos personales

De acuerdo con lo contemplado en la ley 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que los datos personales de los suscriptores forman parte del fichero automatizado de Gestión Clínica y Sanitaria.

Los suscriptores tienen la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, dirigiendo solicitud por escrito a:

Gestión Clínica y Sanitaria
San Vicente, 112-3^a
46007 Valencia.

Objetivos

El objetivo central de GCS es la difusión de los nuevos conocimientos sobre gestión clínica y sanitaria mediante la selección y resumen de aquellos trabajos de investigación bien realizados y previsiblemente más útiles. Todas las secciones de GCS están abiertas a las colaboraciones de los lectores. Quienes quieran colaborar en cualquiera de las secciones, pueden contactar vía email con la Oficina Editorial (mr_iiss@arrakis.es) o por cualquier otro medio de comunicación.

El procedimiento seguido en GCS es la revisión de una serie de revistas científicas, identificando los originales de mayor interés que son resumidos bajo un título ilustrativo. El resumen se acompaña de un comentario realizado por un experto, que intenta contextualizar la utilidad y limitaciones del trabajo revisado. La lista de publicaciones revisadas estará sujeta a cambios en función de la evolución de las propias revistas, las posibilidades del equipo editor y la incorporación de nuevos colaboradores.

Criterios de selección

Todos los originales y revisiones publicados en revistas científicas son susceptibles de selección, siempre que se refieran a un tema de utilidad para la gestión clínica, de centros sanitarios o las políticas sanitarias.

En términos generales, se consideran criterios de calidad metodológica y, por tanto, de selección: los trabajos con asignación aleatoria de los participantes o de los grupos de comparación; con seguimiento superior al 80% de los participantes; que utilizan medidas de resultado de reconocida importancia; y cuyo análisis es consistente con el diseño del estudio. Los resúmenes en GCS deberían seguir –cuando sea posible– los estándares publicados sobre resúmenes estructurados, aunque pueden alcanzar hasta 450

palabras. El conjunto de resumen y comentario no debe superar las 750 palabras. El comentario debería señalar lo que aporta el trabajo seleccionado respecto al conocimiento previo, qué aspectos limitan su generalización y qué utilidad puede tener en el contexto español. Los envíos deberían hacerse vía email o mediante disquete, evitando dar excesivo formato al texto y en los procesadores de texto usuales.

Publicidad

Los editores aceptan publicidad bajo la condición expresada por el anunciante de no contravenir la normativa legal ni los requerimientos legales sobre marcas registradas. Toda la publicidad está sujeta a su aprobación por los editores que evitarán especialmente la que consideren no compatible con los objetivos de GCS o sugiera discriminación por raza, sexo, religión, edad u otros motivos.

Conflicto de interés

GCS es una publicación independiente. Su convenio con la Fundación Salud Innovación y Sociedad garantiza que ésta no interviene en ninguna de las fases del proceso de selección o tratamiento de los contenidos, cuya responsabilidad corresponde exclusivamente a los editores.

De otro lado, los editores, las instituciones que dan soporte a GCS o el patrocinador no necesariamente comparten las opiniones expresadas en los textos de GCS.

Copyright

GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA-GCS es una marca registrada de la Fundación IISS. La reproducción de los contenidos de GCS no está permitida. No obstante, GCS cederá gratuitamente tales derechos para finalidades científicas y docentes.