

Interferón y depresión. A propósito de un caso

Introducción. En los últimos años se ha ido imponiendo el uso del interferón alfa en el tratamiento de las hepatitis virales crónicas, con cifras de remisión del 30-40% para las hepatitis B y del 15-25% para las hepatitis C¹. Estos porcentajes aumentan con la asociación de otras sustancias antivirales como la ribavirina. Sin embargo, su administración no está exenta de efectos secundarios. La mayoría de ellos son leves y dependen de la dosis, pero algunos son graves y obligan a la suspensión del tratamiento¹⁻³. En un porcentaje nada despreciable aparecen síntomas de la esfera neuropsiquiátrica⁴. Describimos un caso en el que se asocia tratamiento con interferón y la aparición de un cuadro de depresión mayor.

Caso clínico. Se trata de una mujer de 52 años con antecedentes de cesárea a los 28 años que requirió transfusión sanguínea, migraña sin aura e historia de larga evolución de estado de ánimo deprimido, compatible con el diagnóstico de trastorno distímico. En noviembre de 2000 se detectó transaminitis y posteriormente se le diagnosticó de hepatitis crónica por el virus C. Por empeoramiento de las cifras de transaminasas en los controles analíticos posteriores, se la remitió al servicio de digestología del hospital de referencia para la realización de una biopsia hepática. Tras efectuarse ésta se creyó oportuno iniciar tratamiento antiviral con ribavirina e interferón alfa-2b a dosis de 3 millones de unidades 3 veces por semana. Al cabo de 2 meses de iniciado el tratamiento comenzó a presentar un cuadro de tristeza persistente con labilidad emocional, astenia con encamamiento voluntario, rechazo social, insomnio y desinterés diario que fue agravándose en las semanas sucesivas, con anorexia, pérdida de 13 kg de peso e ideas de muerte recurrentes. Con la orientación diagnóstica de episodio de depresión mayor, se inició tratamiento con fluoxetina. Al mes de iniciado éste no se evidenció mejoría significativa y además apareció un tem-

blor fino de reposo que se atribuyó a un efecto secundario de la fluoxetina, por lo que se decidió su sustitución por clomipramina. Paralelamente, y previo acuerdo con el digestólogo, se decidió interrumpir el tratamiento con interferón alfa-2b por su posible papel patogénico en el cuadro de la paciente. En las semanas sucesivas desapareció el temblor, la clínica depresiva fue mejorando y la paciente se reincorporó a sus actividades sociales y laborales.

Discusión y conclusiones. La aparición de síntomas psiquiátricos atribuibles al tratamiento con interferón se estima en algo menos del 20%^{2,4}. Entre ellos figuran irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos del ánimo, delirio franco, entre otros. En algunos casos estos síntomas pueden ser graves y aconsejar la interrupción del tratamiento. Incluso se han descrito intentos de suicidio, alguno de ellos consumados⁵. Aunque hoy por hoy se desconoce el mecanismo fisiopatológico de la asociación del interferón con la aparición de este tipo de síntomas, su potencial gravedad obliga a estar alerta para detectar tempranamente la aparición de situaciones de riesgo. En estudios recientes se señala que el riesgo de aparición de síntomas depresivos graves es más alto en personas que previamente han presentado trastornos del ánimo⁶. La posición y el perfil del médico de familia lo convierten en el profesional más adecuado tanto para la valoración psiquiátrica previa al inicio de un tratamiento con interferón como para la monitorización de su seguimiento una vez iniciado éste de cara a detectar síntomas que aconsejen la disminución o interrupción de la terapia.

I. Lozano Arroyo^a
y E. Ruiz Carriedo^b

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Esparreguera. Esparreguera. Barcelona. ^bABS Gornal. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

1. Fattovich G, Giustina G, Favaro S, Ruol A, Macarri G, Orlandi F, et al. A survey of adverse events in 11241 patients with chronic viral hepatitis treated with alfa interferon. *J Hepatol* 1996; 24:38-47.
2. Dusheiko G. Side effects of alfa interferon in chronic hepatitis C. *Hepatology* 1997;26(Suppl 1):112-21.
3. Okanoue T, Sakamoto S, Itoh Y, Minami M, Yasui K, Sakamoto M, et al. Side effects of high-dose interferon therapy for chronic hepatitis C. *J Hepatol* 1996;25:283-91.
4. Renault PF, Hoofnagle JH, Park Y, Mullen KD, Peters M, Jones DBR, et al. Psychiatric complications of long-term interferon alfa therapy. *Arch Intern Med* 1987;147:1577-80.
5. Janssen HLA, Brouwer JT, Van der Mast RC, Schalm SW. Suicide associated with alfa-interferon therapy for chronic viral hepatitis. *J Hepatol* 1994;21:241-3.
6. Capuron L, Ravaud A. Prediction of the depressive effects of interferon alfa therapy by the patient's initial affective state. *N Engl J Med* 1999;340:1370.

Formación continuada e investigación en el Distrito de Atención Primaria Almería. Opinión de los profesionales

Objetivo. Conocer la situación de la formación e investigación en el Distrito de Atención Primaria Almería a través de la opinión de los profesionales.

Diseño. Estudio descriptivo de tipo transversal.

Emplazamiento. Distrito de Atención Primaria Almería (Almería).

Participantes. Los 605 profesionales que a fecha de 1 de noviembre de 2001 se encontraban prestando servicios en algún centro sanitario perteneciente al Distrito, incluidos los servicios administrativos y de dirección, excepto los del equipo de salud mental.

Intervenciones. La herramienta que se utilizó para obtener los datos necesarios fue una encuesta semiestructurada pasada a través de un cuestionario.

Mediciones principales. Tal como se indica en la tabla 1, el cuestionario recoge variables de carácter sociodemográfico y variables sobre la formación y la investigación de los profesionales en nuestro Distrito.

Palabras clave: Interferón.
Depresión. Efectos adversos.

Palabras clave: Formación.
Investigación. Opinión de los profesionales. Encuesta.

TABLA 1. Aspectos examinados en el cuestionario

Preguntas de identificación personal y profesional
Aspectos de la formación continuada y la investigación, divididos en 4 grupos de preguntas
Actitudes de los profesionales sobre la formación continuada
Percepción de los profesionales sobre la calidad de la organización de la formación continuada
Expectativas de los profesionales: a) sobre la formación, y b) sobre las formas de enseñanzas
Descriptivas sobre la formación personal y de investigación

Resultados. De los 605 profesionales, sólo 284 contestaron el cuestionario, lo que representa una tasa de respuesta del 46,95%. La edad media de los que respondieron se sitúa entre 43 y 44 años, el 76% estaban casados y el 43,7% tenía 2 hijos. El 28,5% eran médicos; el 25%, enfermeros; el 14,4%, auxiliares administrativos y el resto de profesionales supone un 18,3%. El 47,2% eran interinos; el 36,6%, propietarios, el 6%, sustituto y el 2,5%, eventuales.

Con respecto a las variables referidas a la formación continuada y la investigación, el 94,7% opina que debe realizar algún tipo de formación continuada para mejorar su práctica profesional.

Para el 33,5%, el área de mayor interés es la clínica o asistencial, y el 62,7% prefiere recibir la información personalizada y directa de los responsables. El 40% opina que las causas que impiden la realización de actividades de formación son organizativas y el 30% lo atribuyen a problemas personales. El 54,9% considera que el Distrito no le facilita la realización de actividades formativas y el 30,6% opina que las actividades que se proponen no se adecuan a sus necesidades. Al 62,7% le gustaría que el Distrito le comunicara de forma personalizada las actividades de formación y el 33,5% prefiere el área clínica o asistencial. El 21,1% realiza actividades de formación en su centro de salud una vez al mes, frente al 20,4% que no realiza ninguna. El 34,5% prefiere los libros como material para el aprendizaje y el 43,3% prefiere otros lugares diferentes de las bibliotecas de los centros sanitarios para efectuar consultas bibliográficas. El 48,9% realiza consultas bibliográficas con una frecuencia de 2-3 veces por semana, frente a un 59,3% que no las hace nunca. El 75% refiere haber reali-

zando actividades de formación en los últimos 3 meses y sólo el 19,7% ha participado en alguna actividad investigadora; las diferencias entre la participación de médicos con respecto al resto de profesionales son significativas ($p = 0,001$).

Conclusiones. La actitud de los profesionales ante la formación continuada es de interés, especialmente en la participación en actividades formativas que consideran deben ser una práctica continuada y de gran importancia para su ejercicio profesional. A partir de este estudio se intentará hacer propuestas de mejora desde la Comisión de Formación de este Distrito.

J.J. García Arrabal^a, P. Torres Alegre^b, A. Martínez Lorenzo^c y A. Tobías Manzano^d

^aCoordinador de Enfermería del Distrito de Atención Primaria Almería. Almería. España. ^bEnfermera. Centro de Salud de Ablá. Almería. España. ^cEnfermera. Centro de Salud Álhama. Almería. España. ^dEnfermera. Dispositivo de Apoyo del Distrito de Atención Primaria Almería. Almería. España.

Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2000.

Donabedian A. La calidad en la atención médica. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

Ley de Salud de Andalucía, de 1 de junio de 1988. BOJA, n.º 74, 1988.

Martínez P, Manzanera X, Bagan L, Ridao F. La formación médica continuada desde la perspectiva sindical. En: Formación médica continuada a debate. 2001.

Plan Marco de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2000.

Efectos sobre la prescripción hospitalaria de la implantación de un formulario propuesto por un equipo de atención primaria

Objetivo. Comparar la calidad de la prescripción de los facultativos del Área de Urgencias del Hospital Dos de Maig en patología osteoarticular, antes y después de la implantación del formulario de prescripción.

Diseño. Estudio de intervención antes-después.

Emplazamiento. Área de Urgencias del Hospital Dos de Maig, centro hospitalario de la ciudad de Barcelona gestionado por la entidad Consorci Sanitari Integral. Equipo de Atención Primaria (EAP) Sardenya, que es un EAP urbano de la ciudad de Barcelona gestionado por la entidad de base asociativa EAP Barcelona-Sardenya S.L.

Participantes. El total de los 20 facultativos del Área de Urgencias del Hospital Dos de Maig de Barcelona.

Pacientes adscritos al EAP Sardenya atendidos por enfermedades osteoarticulares en el Área de Urgencias del Hospital Dos de Maig entre mayo de 2001 y diciembre de 2002.

Intervención. Formulario de selección de medicamentos, operativo desde el 1 de mayo de 2002 y propuesto por el EAP Sardenya para pacientes atendidos por enfermedades osteoarticulares en el Área de Urgencias del Hospital Dos de Maig.

Mediciones principales. Comparación de la prescripción realizada por los facultativos del Área de Urgencias durante los períodos mayo-diciembre de 2001 y mayo-diciembre de 2002. Se analizaron las variables siguientes: proporción de casos tratados mediante analgésicos que no fueran antiinflamatorios no esteroideos (AINE), proporción de casos tratados con AINE convencionales (ibuprofeno, diclofenaco o naproxeno), proporción de casos tratados con inhibido-

Palabras clave: Prescripción. Formulario. Hospital. Atención primaria.

TABLA 1. Datos de la prescripción antes y después de la intervención

	Mayo-diciembre de 2001 (n = 374)	Mayo-diciembre de 2002 (n = 323)	p
Analgesia no AINE	54 (14,44%)	72 (22,29%)	0,007
AINE convencional	177 (47,33%)	176 (54,49%)	0,059
Coxib	29 (7,75%)	0 (0%)	0,00000
Gastroprotección	75 (20,1%)	32 (9,91%)	0,002
IBP distinto de omeprazol	30 (8,02%)	3 (0,93%)	0,00001
AINE conveccional en EFG	22 (6%)	258 (68,9%)	0,00004

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; Coxib: inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2; IBP: inhibidores de la bomba de protones; EFG: especialidad farmacéutica genérica.

res selectivos de la ciclooxigenasa 2, proporción de casos tratados con inhibidores de la bomba de protones distintos del omeprazol y proporción de prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas respecto al total de prescripción de AINE.

Resultados. En el período mayo-diciembre de 2001 se atendió en el Servicio de Urgencias del Hospital Dos de Maig un total de 749 casos de pacientes adscritos al EAP Sardenya. De éstos, un total de 374 casos (49,9%) correspondían a pacientes con patología osteoarticular. En el período mayo-diciembre de 2002 se atendió a 663 pacientes (323 casos) por motivos relacionados con patología osteoarticular (48,7%).

Los principales resultados respecto a las variables del estudio se hallan reflejados en la tabla 1.

Discusión. El diseño de este estudio no permite establecer una relación directa entre la intervención, el formulario de selec-

ción de medicamentos y los cambios en la prescripción. Sin embargo, las diferencias observadas son de magnitud suficiente para inferir que parte del efecto puede deberse a la puesta en marcha del formulario.

Salvo en la utilización de AINE tradicionales, en que se observa una tendencia cercana a la significación estadística, en el resto de los parámetros se aprecia una mejoría significativa. Resulta especialmente llamativa la extinción del uso de inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2, contemporánea a la implantación del visado para su financiación pública, así como la reducción de prescripción de los inhibidores de la bomba de protones distintos del omeprazol. Cabe destacar la elevada prescripción de fármacos incluidos como genéricos, con una proporción que alcanza el 68,9% en el grupo de AINE.

Resulta novedoso que la iniciativa de los profesionales de la atención primaria sea adoptada por los profesionales del hospital

y se acompañe de una mejora en la calidad de la prescripción de medicamentos en el área de urgencias.

Conclusión. Creemos que el presente estudio muestra que la gestión compartida entre 2 entidades independientes entre sí resulta factible y es capaz de mejorar la calidad de los servicios que prestan a los ciudadanos; queda, para ulteriores diseños, el análisis del impacto que produzcan instrumentos de dirección clínica como el utilizado en este caso.

J.A. Oliva Vicedo^a, I. Sáenz Hernáiz^b, J.M. da Pena Álvarez^b y M.L. Galán Díez^b

^aHospital Dos de Maig, Consorci Sanitari Integral. Barcelona. España.
^bEquip d'Atenció Primària Sardenya. Barcelona. España.

Andersen JM, Ostry S, Uhl HS, Smith RE. Evaluation of a limited drug formulary in an adult internal medicine clinic. *Am J Hosp Pharm* 1982;39:1184-6.

Bijl D, Van Sonderen E, Haaijer-Ruskamp FM. Prescription changes and drug costs at the interface between primary and specialist care. *Eur J Clin Pharmacol* 1998;54:333-6.

Riera N. La gestió de la prescripció farmacèutica. *Fulls econòmics*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, septiembre de 2003; p. 24-8.

Stewart D, Milne K, Krska J, Downie G. Adherence to the Grampian joint drug formulary in general practice. *J Clin Pharm Ther* 1996;21:79-82.