

## ¿Son más efectivos los nuevos antidepresivos que los clásicos?

Los autores comentan las principales características de los nuevos antidepresivos comercializados más recientemente con los inhibidores clásicos de la recaptación de serotonina, revisando los estudios publicados al respecto. Se constata que un número muy pequeño de estudios tiene validez para tomar decisiones. Por el momento, desde el punto de vista del inicio de la acción, eficacia, calidad de vida, seguridad, tolerabilidad y efectos secundarios, no se han encontrado diferencias relevantes en clínica. La calidad de las publicaciones y los sesgos son limitaciones muy importantes, y la presión comercial más que la superioridad de estos fármacos nuevos respecto a sus antecesores la principal causa del incremento rápido en su caso.

**TABLA 1**  
**Clasificación de los antidepresivos según los neurotransmisores afectados**

Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)	Fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram
Inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (IRSN)	Venlafaxina, duloxetina
Inhibidores de la recaptación de la noradrenalina y dopamina (IRND)	Bupropión
Inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina (ISRN)	Reboxetina
Modulador de la noradrenalina y serotonina (NaSSA)	Mirtazapina

Página 3

## La relación médico-paciente y el tratamiento de la diabetes tipo I

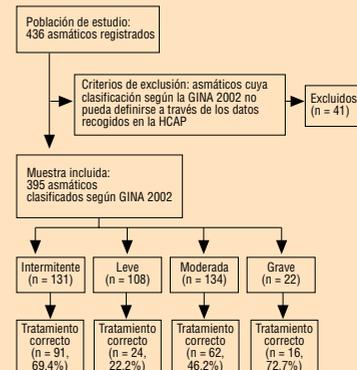
Estudio cualitativo, mediante grupos locales, para conocer las experiencias y expectativas de pacientes con diabetes y sus familiares sobre la relación que establecen con sus médicos y su influencia en la forma de afrontar la enfermedad y el tratamiento. Muestreo teórico con representación de los perfiles de los pacientes y familiares más característicos. Los pacientes desean un modelo de relación en el que les escuchen, comprendan los problemas para seguir el tratamiento, transmitan ánimos y adapten sus recomendaciones a las circunstancias vitales y emocionales de cada caso. Prefieren a los profesionales que combinen la competencia técnica con la humanidad y la amabilidad.

*La mayoría de los jóvenes entrevistados desearía poder intercambiar información con su médico, decidir conjuntamente su plan de vida e incluso compartir hipotéticos riesgos ligados con las decisiones.*

Página 8

## Tratamiento del asma: ¿según el consenso Internacional GINA 2002?

Estudio descriptivo, transversal, mediante sesión de historias clínicas para comprobar si el tratamiento de los pacientes asmáticos en un centro de salud coincide con los criterios internacionales GINA 2002. Se incluyen 395 pacientes. Los principios activos más utilizados fueron salbutamol, salmeterol, budesonida y montelukast. Se observa poca concordancia con las directrices GINA 2002. Los corticoides inhalados son ampliamente usados, aunque a menudo con dosificación incorrecta. Se considera muy importante clasificar el asma según su gravedad para prescribir el tratamiento adecuado.



Página 19

## Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos

Estudio transversal, mediante encuesta postal personalizada, para mostrar cómo el médico percibe y afronta los errores clínicos y/o acontecimientos adversos (Ec-Ea)

Participan 238 médicos (32,2%) de los que recibieron el cuestionario. Se informó sobre 10,6 acontecimientos adversos/año/profesional, sobre todo respecto a fármacos y retraso en el diagnóstico de una enfermedad neoplásica.

En general, los errores se reconocen como frecuentes, pero un tercio de los médicos que respondió afirma no haberse equivocado nunca de manera importante.

**TABLA  
3**

**Resultados de las causas a las que atribuyen los médicos la producción de sus errores. Los encuestados podían seleccionar más de una alternativa**

Locus de control externo	
1. Presión asistencial	84,6 (IC del 95%, 77,82-87,71)
3. Mala organización de la asistencia	29,5 (IC del 95%, 23,73-35,77)
5. Recibo poco apoyo en formación continuada	19,3 (IC del 95%, 14,13-24,46)
Locus de control interno	
2. Me agobio fácilmente	6,9 (IC del 95%, 3,97-10,91)
4. Soy poco sistemático, por ejemplo, escaso seguimiento de los protocolos, no hago lectura previa del historial	16,7 (IC del 95%, 12,18-22,16)
6. Me falta experiencia clínica en algunos campos	33 (IC del 95%, 27,05-39,48)

Página 25

## Indicadores de calidad de prescripción, selección mediante grupo de consenso

Técnica cualitativa de búsqueda de consenso entre expertos, basada en el grupo nominal, para elaborar un sistema de indicadores que permita mejorar la evaluación de la prescripción en atención primaria.

Se forman 2 grupos paralelos con un total de 24 expertos. Cada panelista propuso indicadores que se discutieron y ponderaron en una escala de 1 a 9. Se generaron 136 indicadores, 81 centrados en el fármaco y 55 que seleccionan diagnóstico y tratamiento. Ambos grupos coincidieron en 11 indicadores.

**TABLA  
4**

**Grupos terapéuticos más valorados**

Grupo terapéutico	Intensidad	N.º indicadores	Espontaneidad
Antiulcerosos	7,66	12	21
Antihipertensivos <sup>a</sup>	7,24	23	35
Hipolipemiantes	6,98	15	34
Antitrombóticos	6,87	12	20
Prescripción en general <sup>b</sup>	6,49	16	18
Antibióticos	6,38	16	26
AINE-analgésicos	6,32	13	25
Benzodiazepinas	6,11	4	6
Antidepresivos	5,09	5	5
Antiasmáticos	5,03	5	5
Fármacos para la osteoporosis	4,94	2	2
Antidiabéticos	4,73	5	6

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.  
<sup>a</sup>Incluye diuréticos, bloqueadores alfa y beta, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, antagonistas de los receptores de la angiotensina II, y otros antihipertensivos.  
<sup>b</sup>Incluye indicadores que no se refieren a ningún grupo terapéutico concreto (especialidades farmacéuticas genéricas, novedades, etc.).

Página 39

## Degeneración macular asociada con la edad

Revisión de la epidemiología de esta entidad en España, que es una de las principales causas de ceguera y baja visión, y afecta a la calidad de vida, así como determina situaciones de dependencia.

A partir de los 65 años la prevalencia aumenta considerablemente, y puede llegar al 15% de la población a partir de los 85 años. Entre 65 y 74 años afecta a alrededor del 5% de la población. Además de la edad, el tabaco es el único factor de riesgo asociado claramente con la degeneración macular.

La detección precoz puede mejorar la evolución, incrementando la eficacia de las opciones terapéuticas. La revisión periódica de la visión puede mejorar el diagnóstico.

*Con frecuencia las lesiones pasan desapercibidas en sus fases iniciales debido a mecanismos compensatorios por el ojo todavía sin afectar, o porque los síntomas son atribuidos al envejecimiento normal.*

Página 51