



Publicado en Internet:
2-agosto-2012

Leído. Libros, revistas e Internet

Principios para una prescripción prudente

Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Principles of conservative prescribing. Arch Intern Med. 2011;171:1433-40.

La prudencia es un requisito para el uso juicioso de los fármacos. Sobre la base de esta máxima, los autores enumeran una serie de principios que recomiendan que los médicos tengan en cuenta a la hora de establecer sus prescripciones:

1. Piensa más allá de los fármacos:
 - Busca alternativas sin medicamentos.
 - Considera las causas subyacentes tratables en lugar de centrarte solo en el tratamiento de los síntomas.
 - Busca oportunidades de prevención y no te centres tanto en los síntomas o la enfermedad avanzada.
2. Utiliza estrategias seguras en la prescripción:
 - Usa pocos fármacos y conócelos en profundidad.
 - Evita el cambio frecuente de fármacos sin razones convincentes basadas en datos objetivos.
 - Sé escéptico en la práctica de la individualización de tratamientos.
 - Siempre que sea posible, comienza el tratamiento con un solo fármaco.
3. Mantén un alto grado de vigilancia sobre los efectos adversos:
 - Mantén un alto índice de sospecha sobre los efectos adversos de los fármacos.
 - Instruye a tus pacientes para que puedan reconocer los posibles efectos adversos con prontitud.
 - Sé prudente a la hora de interpretar síntomas tras la retirada del fármaco, ya que pueden ser manifestaciones de abstinencia.
4. Nuevos fármacos y nuevas indicaciones de viejos fármacos:
 - Sé prudente y escéptico a la hora de usar nuevos fármacos o nuevas indicaciones.
 - No te precipites a la hora de usar fármacos de nueva comercialización.
 - Asegúrate de que la droga mejora al paciente, no que solo trata algún síntoma concreto o algún marcador.
 - Sé escéptico con las indicaciones inferidas o extrapoladas de grupos de población concretos.
 - No te dejes seducir por la elegante y sofisticada farmacología molecular.
 - Sé prudente al interpretar los informes parciales de estudios.
5. Trabaja con pacientes de forma crítica y con objetivos compartidos:
 - Resístete a la solicitud del paciente de nuevos fármacos que ha conocido por la publicidad.

- Evita añadir o cambiar a otro fármaco antes de descartar un problema de adherencia del paciente al fármaco probado.
 - Evita prescribir fármacos que han ido mal al paciente anteriormente.
 - Suspende los medicamentos que ya no son necesarios o no están funcionando.
 - Trabaja para que las expectativas de los pacientes respecto a los fármacos sean realistas.
6. Considera los posibles efectos a largo plazo:
- Piensa más allá de los efectos a corto plazo, en los posibles beneficios y riesgos a largo plazo.
 - Busca oportunidades de mejorar la prescripción, de hacerla más eficaz y segura.

En España se ha puesto en marcha una iniciativa, en parte como reacción al artículo comentado, que se ha desarrollado y se mantiene activa en las redes sociales: <http://prescripcionprudente.wordpress.com/> (en Twitter: @PrescripcP). Sus impulsores (médicos de familia y farmacéuticos) son Rafael Bravo Toledo (@rafabravo), Cecilia Calvo Pita (@cecilicp), Carlos Fernández Oropesa (@rincondesiffo), Enrique Gavilán Moral (@enriquegavilan) y Asunción Rosado López (@asunrosado), si bien cuenta con numerosos colaboradores. Se trata de una iniciativa de extraordinario interés, relacionada con la seguridad de los pacientes, para los profesionales y para todo el Sistema Nacional de Salud (que debería acoger y promover este tipo de proyectos colaborativos de gran valor añadido). También puede encontrarse en este blog una versión traducida completa del artículo original comentado antes. Desde aquí mostramos el reconocimiento y agradecimiento a sus autores.

Impacto de la ocupación sobre la salud infantil en un campo de refugiados palestino

Basak P. The impact of occupation on child health in a Palestinian refugee camp. *J Trop Pediatr*. 2012 Apr 5. [Epub ahead of print.]

El autor, de la universidad de Cambridge, presenta un estudio observacional sobre percepción de la salud infantil en el campo de refugiados de Dheis-

heh, cerca de Belén, en Cisjordania, y la influencia de factores ambientales, socioeconómicos y políticos sobre ella. Estudios recientes han señalado influencias deletéreas del conflicto armado y la ocupación militar sobre la salud mental, en forma de trastorno de estrés postraumático y otras. El campo de refugiados de Dheisheh se fundó por Naciones Unidas en 1949 y alberga actualmente una población de unas 13 000 personas, que viven en condiciones indeseables de hacinamiento, desempleo, pobreza y dificultades en el acceso a instalaciones sanitarias o educativas de calidad.

El estudio se realizó en dos fases: en la primera, acercándose a la percepción de las condiciones relacionadas con la salud infantil del campo mediante reuniones grupales con padres y madres, reclutados a través de una asociación independiente local (*Ibdaa Health Committee*). Con los temas de mayor interés obtenidos en el trabajo grupal, se elaboró un cuestionario que constituyó el eje de la segunda fase.

En ella, se desarrollaron entrevistas semiestructuradas a 30 padres y madres con, al menos, un hijo menor de cinco años. Las entrevistas tuvieron lugar entre diciembre de 2008 y enero de 2009. Durante su desarrollo ocurrió la llamada guerra de Gaza (produjo 431 muertes infantiles en este otro territorio) que, aunque no afectó directamente al campo de Dheisheh, sí produjo un efecto negativo en la salud percibida aquí. Se garantizó el anonimato de los participantes y se recurrió a traductores locales cuando fue preciso. Las diez preguntas de cada entrevista abordaban cuestiones que se diferenciaron en dos categorías: determinantes físicos de la salud (dieta, nutrición, acceso a instalaciones sanitarias) y determinantes mentales (ambientales, sociales y económicos).

Entre los resultados destacan: un 94% pensaba que sus hijos tenían déficits nutricionales debidos a factores económicos difícilmente corregibles; el 97% expresó dificultades importantes para el acceso a atención sanitaria adecuada; el 70% percibía claramente deficitario el estado general de salud, porcentaje que llegó al 100% tras la guerra de Gaza.

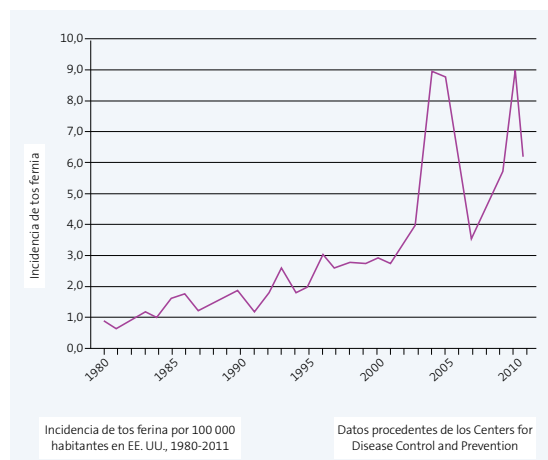
Aunque la muestra es escasa y su selección no aleatorizada puede significar sesgos importantes, el presente estudio tiene el interés de explorar la

influencia negativa de la privación de derechos fundamentales en la salud infantil*.

¿Por qué está resurgiendo la tos ferina?

Cherry JD. Epidemic Pertussis in 2012. The Resurgence of a Vaccine-Preventable Disease. NEJM. 2012; August 15, 2012 (10.1056/NEJMp1209051). Disponible en <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1209051>

Se trata de un artículo de opinión de un experto en el tema (de acceso libre en Internet). Parte del hecho comprobado en los últimos años en EE. UU. del auge de la tos ferina; basta ver la figura que presenta el autor y donde se puede comprobar cómo a partir de 2005 se han multiplicado por tres las tasas previas de la enfermedad.



El autor trata de explicar estos hechos, y expone estas posibles razones:

- La primera razón expuesta sería que el mayor número de casos registrados respondería a una mayor conciencia de la presencia de la enfermedad. El mayor interés de la comunidad científica y del campo de la salud pública y más y mejor información habría condicionado, en parte al menos, un aumento de los diagnósticos y de los casos registrados.

- La disponibilidad de mejores métodos de diagnóstico microbiológico, en particular métodos serológicos y sobre todo moleculares mediante pruebas de PCR.
- Y la última razón sería el hecho de que las vacunas actuales (DTPa y dTPa) son menos inmunógenas que las que se han utilizado anteriormente (DTP).

El autor expone, aunque da escasa carga de verosimilitud en este momento, la contribución de los posibles cambios genéticos en las cepas circulantes.

Desde una perspectiva histórica, está claro que la *B. pertussis* sigue circulando intensamente entre la población, que ni la enfermedad ni las vacunas proporcionan una protección duradera, y que los lactantes pequeños están sufriendo unas tasas de complicaciones y fallecimientos elevados. También que la estrategia del “nido” o del “capullo”, buscando proteger al lactante pequeño inmunizando sistemáticamente a su entorno, tiene problemas logísticos relevantes que disminuyen su eficacia. La implementación de la vacunación de la mujer gestante, que proporcionaría una protección al recién nacido, no acaba de despegar.

Finalmente, el autor destaca dos vías de investigación y desarrollo que podrían mejorar el control futuro de la enfermedad: desarrollo de mejores vacunas –más inmunógenas– y pautas de vacunación nuevas comenzando antes –incluso en el recién nacido– y con intervalos más cortos, tratando de acabar la serie primaria a los 3-5 meses.

“¡No lo hagas!” Lo que NICE recomienda no hacer



Durante el proceso de desarrollo de las guías NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*), los asesores independientes identifican prácti-

*El Grupo de Cooperación Internacional de la AEPap (<http://bit.ly/1ZKi16>) tiene entre sus objetivos la difusión de trabajos científicos relacionados con la infancia desfavorecida. Este es uno de ellos (N. del T.).

cas clínicas que recomiendan no utilizar, porque no aportan beneficios o por la falta de evidencia para apoyar su uso. Estas son las recomendaciones que se han reunido en la base de datos de “recomendaciones: no hacer” (*“Do not do” recommendations database*, en www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/)

Esta base de datos se creó y se mantiene por el *NICE’s Research and Development team* y contiene todas las recomendaciones desde el año 2007. Se obtienen de las guías y se actualizan o se sustituyen si se publica una nueva guía.

Cada registro contiene, además de la propia recomendación, información adicional sobre la intervención, el tema y la guía de donde procede.

Por ejemplo, buscando con las palabras clave “children” y “infectious diseases” se obtiene un listado de recomendaciones de “no hacer” cuyas primeras entradas son:

- Las vías oral y rectal no deberían utilizarse rutinariamente para medir la temperatura corporal de los niños de cero a cinco años.
- Los dispositivos para medir la temperatura cutánea (en la frente o en la zona temporal) son poco fiables y no deben utilizarse por los sanitarios.
- A los niños con síntomas y signos que sugieren neumonía y que no precisan ingreso hospitalario no se les debe realizar una radiografía de tórax de rutina.
- Los antibióticos orales no deben ser prescritos a los niños con fiebre sin foco aparente de forma rutinaria.
- En niños con fiebre que no parecen tener una enfermedad grave no debe realizarse análisis de sangre de rutina.
- En niños con fiebre que no parecen tener una enfermedad grave no deben realizarse estudios radiológicos de forma rutinaria.
- Los agentes antipiréticos no previenen las convulsiones febriles y no deben usarse con este fin.
- Las medidas físicas no están recomendadas para el tratamiento de la fiebre.
- No deben realizarse análisis en busca de una infección de orina, si un lactante o niño febril tiene signos o síntomas de localización de la infección.

El tema es sumamente interesante y está siendo difundido y comentado en las redes sociales; por ejemplo, en <http://sano-y-salvo.blogspot.com.es/> y <http://cselcoto.wordpress.com/> y en Twitter.