

# bit

Drug and Therapeutics Bulletin of Navarre. Spain

VOL 16, No 3 SEPTEMBER 2008

1993-2008  
FIFTEEN YEARS  
OF INDEPENDENT  
INFORMATION

15!



Servicio Navarro de Salud  
Osasunbidea

ISSN  
1138-1043

COPYRIGHT  
NA-1263/1997

INFORMATION AND SUSCRIPTION  
Servicio Navarro de Salud / Osasunbidea  
Plaza de la Paz, s/n  
31002 Pamplona  
T +34 848429047  
F +34 848429010  
E-mail  
farmacia.atprimaria@cfnavarra.es

WEB PAGE  
<http://www.cfnavarra.es/WebGN/SOU/publicac/BJ/sumario.htm>



EDITORIAL BOARD  
Isabel Martín Montaner (chairwoman)  
Cristina Agudo Pascual  
M<sup>a</sup> José Ariz Arnedo  
Jesús Berjón Reyero  
José Ignacio Elejalde Guerra  
Idoia Gaminde Inda  
Maite Hermoso de Mendoza  
Rodolfo Montoya Barquet  
Lourdes Muruzábal Sitges  
Mercedes Noceda Urarte  
Javier Lafita Tejedor  
Cristina Ibarrola Guillén  
Juan Erviti López (coordinator)

# Boletim de Medicamentos e Terapêuticas de Navarra. Espanha

Como criar um boletim independente sobre medicamentos

Boas Práticas em Informação Imparcial sobre Medicamentos

Workshop da organização HAI Europe, 15-16 de Outubro de 2009.

Lisboa



Executive  
Agency for  
Health and  
Consumers

This arises from the Developing Rational Use of Medicines in Europe project, which has received funding from the European Union, in the framework of the Health programme

## O princípio

**Publicado pela primeira vez em 1993**

**Profissionais de saúde que queriam estabelecer um Centro de Informação sobre Medicamentos**

**Coordenação: Serviços de Prescrição Médica. Serviço Regional de Saúde de Navarra em Espanha**

**Regulado por Decreto (Governo Local de Navarra)**

# Objetivos

## Gerais:

**Promover o uso racional do medicamento**

## Específicos:

**Fornecer informação sobre medicamentos a profissionais da saúde em Navarra**

**Disponibilizar informação sobre o uso de medicamentos na Região de Navarra**

## Procedimentos

**O conselho editorial encomenda artigos**

**O artigo é revisto na presença do autor principal**

**Membros do conselho editorial:**

**4 médicos de família**

**3 farmacêuticos - cuidados primários**

**1 farmacêutico hospitalar**

**1 cardiologista**

**1 endocrinologista**

**1 nefrologista**

**1 especialista em métodos**

## Primeiros passos

### Aspectos positivos

**Lançou-se uma nova cultura de avaliação de medicamentos**

**Envolveram-se diferentes profissionais da saúde**

**Distribuição chega a todos os médicos e farmacêuticos da região**

## Primeiros passos

### Aspectos que podem ser melhorados

falta de avaliação crítica

fraca qualidade da paginação

lacunas na metodologia de revisão

âmbito reduzido



15!  
1993-2008  
FIFTEEN YEARS  
OF INDEPENDENT  
INFORMATION

Drug and Therapeutics Bulletin of Navarre, Spain

VOL 16, No 2 MAY 2008



Volumen 11 n.º 3

Octubre 2003

## Atorvastatina para pacientes com níveis normais de colesterol



Volumen 12 n.º 3

Agosto 2004

TICA

(84%),  
(62%),  
medad  
ó), rela-

## Bloqueadores dos receptores da Angiotensina II: muito alarido para nada



RECEPTORES DE  
UECES

tabla 1 y 2), y su factu-  
.559 €

## atorvastatina para a prevenção primária de diabéticos?



Drug and Therapeutics Bulletin of Navarre, Spain

Statins in primary prevention of cardiovascular disease: Is use based on evidence or dogma?



Drug and Therapeutics Bulletin of Navarre, Spain

Rosiglitazone and pioglitazone: A critical appraisal of the PROact and DREAM trials



Drug and Therapeutics Bulletin of Navarre, Spain

INFORMATION

VOL 16, No 2 MAY 2008

Secondary prevention of cardiovascular disease with statins. How far should we go?

# Avaliação crítica

## Incluir conceitos de risco absoluto/relativo, NNT, NNH, relevância clínica, etc. em todos os artigos

**The interpretation of the results of a randomized controlled trial 3**

**Figure 1.** A forest plot showing the effect of diclofenac on the treatment of pain in osteoarthritis. The plot shows a point estimate for pain reduction with a 95% confidence interval. The x-axis is labeled 'Pain' and the y-axis is labeled 'Effect Size'.

An error can be made on seeing effects that are null. The CI show us that the difference was statistically significant, and therefore, we conclude that both treatments are different. However, it is possible that it is very unlikely to observe a great difference only by chance. This does not mean that the effect is true. By definition, one in every 20 (5%) significant results could be null and the difference found would be attributed to chance. For this reason, chance can cause us to act or make us believe that there were differences between groups when in reality they do not exist. This is known as a type I error. The probability of making an error of this type is referred to as "α" and is normally expressed as the level of significance (5%). A value of p-value makes reference to the evidence of a value.

Another possible error is to conclude from a non significant result that there is no effect when in reality one does exist. This is a type II error. Assuming "non significant" with absence of effect is a frequent and harmful misunderstanding. An insignificant CI simply indicates that the difference observed is consistent with the treatment that no real difference between the two groups is. But, we cannot neglect this possibility. Just because we have not found any effect with the treatment does not mean that it is none. The probability of corresponding to a true effect is usually defined by the Greek letter β and its complement, 1-β, which is referred to as statistical power or statistical power.

Thus, when designing a study, the minimum magnitude of the difference or association that will be considered clinically relevant must be established. Likewise, the desired statistical power for the study should be established beforehand and accordingly the size of the sample should also be calculated.

**Statistical significance and clinical relevance**

Statistical significance is conventionally interpreted incorrectly by assuming it with an important result. Tests of significance only question whether

**Even with well designed RCTs a false positive is created for every 20 results simply due to chance**

Another advantage of CI on the verification of hypothesis is that they offer additional information. The upper and lower limits of CI inform us about how small or large the real effect can reach. If the CI is narrow, then we can be confident that any effect outside the interval showed out from the study. This situation prevails when the size of the sample is very large and the estimate of the real effect is very precise. This means that the study has sufficient "power" to detect an effect.

Should the study be small, and the CI is very wide, then the interval will capture a diverse number in the spectrum of the effects. The additional one on size of the effect would then be quite impractical meaning that the study has little "power" and offers less information.

**Possible errors in the interpretation of results**

Just like the value of "α", confidence intervals help us interpret the findings of a study in the light of the effects of chance. However, in the process of interpretation of results, there are a few pitfalls:

**4 Drug and Therapeutics Bulletin of Navarre, Spain**

*It is necessary to determine the clinical relevance of a statistically significant trial*

in the best absolute risk of an frequent clinical event can lead to great changes in the number necessary to determine the clinical relevance of a randomized trial that presents statistically significant results. The smaller the NNT, the greater is the magnitude of the effect of the intervention. If no efficacy was obtained by the treatment, the absolute risk reduction would have been zero and the NNT infinite. As opposed with the expressions of other parameters, NNT should be expressed with confidence intervals to estimate the uncertainty that the given parameter presents.

**Resources to calculate the clinical relevance of results**

- Online calculator that determines the clinical relevance of RCTs with the corresponding CI: <http://www.healthcare.utsc.utoronto.ca/clinbasel/clinbasel/index.html>
- Lists of NNTs (<http://www.jco.org/authorcenter/authorcenter.do?articleId=1006>)

To illustrate this, differences in each parameter between patients with and without the intervention of a certain risk and absolute risk, or study, the analysis the last difference an significant difference between study groups. The risk reduction (ARR) and the number necessary to treat (NNT) when presenting the results. For example, 10% of the patients in an intervention group die and 20% in the control group. The relative risk (RR), defined as the ratio between those exposed to the new treatment or activity and those not exposed to it in this case, is 0.5 (10/20). The mortality risk is patient who takes the new treatment compared to the control group is 0.5. The RR is the complement of RR, that is, 1-0.5=0.500000. The new treatment reduces the risk of dying by 50% compared to what occurs with the control group. The ARR would be 0.100000 (10%). We can say that for every 100 patients treated with the new therapy, 5 deaths can be avoided. The next question would be: how many patients should we need to avoid one death? In other words, what is the NNT? Its calculation requires a simple rule of three/which is treated by dividing 1/ARR. In this case 1/0.100000. Therefore, the solution is three we need to treat 10 patients with the new treatment in order to avoid one death.

This way of presenting results quantifies the efforts made to reduce an undesirable event. To present just to only as a percentage relative risk reduction, though technically correct, tends to magnify the effect of the intervention by describing negatively very unlikely situations. Small changes

**The interpretation of the results of a randomized controlled trial 5**

with the new result to be a consequence of the patient's response to the intervention or the intervention itself.

There are many other cases where the magnitude of the effect is very small (of decrease clinical relevance), despite the fact that these studies show statistically significant results.

For example, the effect of lamotrigine against acute myocardial infarction in a small number of patients, although it is a reduction in the number of daily interventions of acute myocardial infarction, resulting in a reduction in the number of daily interventions of acute myocardial infarction to a small extent, because the incidence of acute myocardial infarction is very low.

Against this, it is worth mentioning the case of studies that measure the effects of medications by use of scales. Here the differences in scores calculated between the intervention and control groups are evaluated. When comparing relevant endpoints (i.e. mortality), the determination of clinical relevance of either an improvement or a deterioration of a given magnitude on a scale is objectively more difficult to achieve.

**Figure 2.** Absolute risk values for different endpoints. WBCOP scale.

**Figure 3.** Visual representation of the outcomes in the primary endpoint of a 1 year follow up. NNTCCOP scale.

**Results in the placebo group after 1 year of follow up**

**Results in the treatment group after 1 year of follow up**

Figure 3 shows a grid of circles representing patients. The x-axis is labeled 'NNTCCOP scale' and the y-axis is labeled 'Effect Size'. The grid is divided into two groups: placebo and treatment. The placebo group shows a higher number of patients with a score of 10 or higher, while the treatment group shows a lower number of patients with a score of 10 or higher.

# Nova paginação

# Primeira paginação



BOLETÍN DE INFORMACIÓN  
FARMACOTERAPÉUTICA DE NAVARRA

Volumen 11 n.º 3

Octubre 2003

## ESTUDIO "ASCOT-LLA" (ATORVASTATINA EN HIPERTENSOS CON COLESTEROL NORMAL): REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y EVALUACIÓN CRÍTICA

Juan Erviti, Antonio Brugos\*

Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. SNS-O

\* Médico de Familia. Zona Básica de Salud de Villava. SNS-O

En abril de 2003 se publicaron los resultados del ensayo clínico titulado "Prevención de episodios coronarios y accidente cerebrovascular (ACV) con atorvastatina en pacientes hipertensos con concentraciones de colesterol iguales o inferiores a la media, en el estudio ASCOT-LLA: ensayo multicéntrico, controlado y aleatorizado". En la práctica el valor de colesterol considerado fue  $\leq 250$  mg/dl. A continuación se procede a la realización de una evaluación crítica del ensayo, así como de las conclusiones de los autores.

siguiente: hipertensión (100%), edad > 55 años (84%), sexo varón (81%), microalbuminuria o proteinuria (62%), fumador (33%), antecedentes familiares de enfermedad coronaria temprana (26%), diabetes tipo 2 (24%), relación colesterol total / c-HDL > 6 (14%), alteraciones electrocardiográficas (14%), hipertrofia de ventrículo izquierdo (14%), ACV previo (10%) y enfermedad arterial periférica (5%).

Se excluyeron a los pacientes con enfermedad cardiovascular previa o ACV reciente (en los 3 meses previos a la inclusión).

**Intervención:** De los 19.342 pacientes hipertensos, 10.305 eran elegibles para la rama de descenso de colesterol. De ellos, 5.168 fueron asignados a tratamiento con atorvastatina 10 mg /día v 5.137 a placebo.

# Paginação anterior

# Nova paginação



# Paginación actual



resumen

**Objetivo.** Revisar las recomendaciones de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. **Materiales y métodos.** Se seleccionaron los principales ensayos clínicos y estudios de cohorte prospectivos de larga duración publicados en *Médecine* desde 1985 hasta la actualidad, así como las guías clínicas nacionales e internacionales que protocolizan el tratamiento de esta patología. Se evalúan las recomendaciones más habituales en el tratamiento de la diabetes tipo 2, así como el papel de los nuevos fármacos comercializados en esta indicación. **Resultados y conclusiones.** La dieta, el ejercicio y un escalonamiento adecuado de los fármacos clásicos (metformina, sulfonilureas e insulinas) suponen la piedra angular del tratamiento para una amplia mayoría de pacientes. No siempre el control estricto es el más beneficioso para el paciente. El objetivo de control debe ser individualizado y estará en función de los años de evolución de la enfermedad y las complicaciones presentes. Las nuevas terapias (inhibidores de la DPP-4 y análogos de GLP-1) presentan mecanismos de acción novedosos pero todavía quedan muchas preguntas por responder en cuanto a su eficacia en la reducción de la morbimortalidad, seguridad y su empleo asociado a otros antihipertensivos.

## Tratamiento no insulínico de la diabetes tipo 2. Solución pendiente

JAVIER LAFITA  
Servicio de Endocrinología, Hospital de Navarra, SNS-O  
MARJOBE ARIZ  
Médico de Familia, Centro de Salud de Tallita, SNS-O

# Nova paginação

TRATAMIENTO NO INSULÍNICO DE LA DIABETES TIPO 2. SOLUCIÓN PENDIENTE 7

Recomendaciones de la ADA para el uso de metformina

1. Comenzar con una dosis baja de metformina: 500 mg/12-24h o 850 mg/24h.
2. Después de 5-7 días, si se confirma una buena tolerancia digestiva, incrementar la dosis a 2 comp de 850 mg/día o 2 comp de 500 mg, 2 veces/día (desayuno y cena).
3. Si aparecen efectos secundarios gastrointestinales, volver a la dosis previa e intentar incrementar la dosis, de nuevo, más adelante.
4. La dosis máxima eficaz es de 1.000 mg/12h (con frecuencia 850 mg/12h). Hay modestos incrementos de efectividad a dosis de 2.500 mg/día, pero los efectos secundarios gastrointestinales pueden limitar su utilización.

En un porcentaje que puede oscilar del 5 al 20%, según las series, a pesar de la titulación correcta de la metformina, es necesario abandonar el tratamiento por intolerancia digestiva. En este caso, o si está contraindicado su uso, nos deberemos plantear una alternativa.

Alternativas a la metformina como tratamiento inicial

Las sulfonilureas de segunda generación fueron testeadas en el estudio UKPDS<sup>2</sup>, resolviéndose así las dudas que se habían planteado previamente en el ensayo UGDP<sup>2</sup> sobre el incremento de la mortalidad inducido por el tratamiento con tobutamida. Demostraron ser seguras y eficaces en monoterapia, contribuyendo la primera alternativa a la metformina en caso de intolerancia o contraindicación de ésta.

Son medicamentos eficaces (decaenso de HbA1c = 1-2%), que suelen producir un aumento claro de la incidencia de hipoglucemias y que presentan el inconveniente de asociarse a un progresivo deterioro de la secreción de la célula beta. Este hecho provoca el fallo secundario del tratamiento en un período limitado de tiempo y condiciona un aumento de peso.

En el caso de la clorpropamida, el riesgo de hipoglucemia aumenta por su larga vida media y se asocia a hiponatremia. Con posterioridad, se ha testado el tratamiento con glibenclamida frente a sulfonilureas más recientes (glibeprida), con el hallazgo de que la primera podría alterar la adaptación del miocardio a situaciones de isquemia<sup>1</sup>, por lo que parecía más recomendable la utiliza-

*El tratamiento inicial en pacientes con HbA1c cercanos a la normalidad debe ser la dieta y el ejercicio.*

ción de la glibeprida, que además permite su utilización en una toma diaria.

En el estudio ADVANCE se ha testado la utilización de glicazida de liberación prolongada, que comparte con la anterior la utilización en una toma diaria, demostrando un buen perfil de seguridad, especialmente en lo que se refiere a la baja incidencia de hipoglucemias apreciadas.

Es necesario titular progresivamente la dosis de los secretagogos, sobre todo en pacientes en estadios precoces, cercanos a la normoglucemia, por el elevado riesgo de inducir hipoglucemias.

La repaglinida comparte algunas de las características de las sulfonilureas. Se liga a un dominio distinto del receptor de sulfonilureas, adyacente a los canales de potasio, pero comparte la inducción del fallo secundario de aquéllas (con un mecanismo cruzado), por lo que el cambio de tratamiento no consigue una mayor respuesta de la célula beta. Por su vida media, debe administrarse antes de cada comida principal y parece que se asocia a un porcentaje similar de hipoglucemias que las sulfonilureas, aunque quizá menos severas en ancianos<sup>3</sup>. Provoca también aumento de peso, pero tiene la ventaja añadida de poder utilizarse en casos de insuficiencia renal moderada, por su eliminación fundamentalmente biliar. Su actividad puede intensificarse por el uso concomitante de fibratos, por lo que no se recomienda esta asociación.

En el caso en que la resistencia insulínica sea el problema esencial del tratamiento, la alternativa lógica a la metformina sería la utilización de glitazonas (rosiglitazona y pioglitazona), siempre y cuando no nos planteemos la insulinización precoz. Son fármacos similares, con alguna posible diferencia todavía por confirmar. Consiguen una eficacia parecida a la metformina en cuanto al decaenso de HbA1c, con un lapso de tiempo hasta conseguir la máxima eficacia aproximadamente de 3 meses. El riesgo de hipoglucemia es bajo

## **Uma metodologia melhor**

**Um especialista de métodos  
no conselho editorial para...**

**Avaliar questões metodológicas**

**Assistir na pesquisa bibliográfica**

**Os critérios de pesquisa são  
disponibilizados na secção de métodos e  
materiais do artigo**



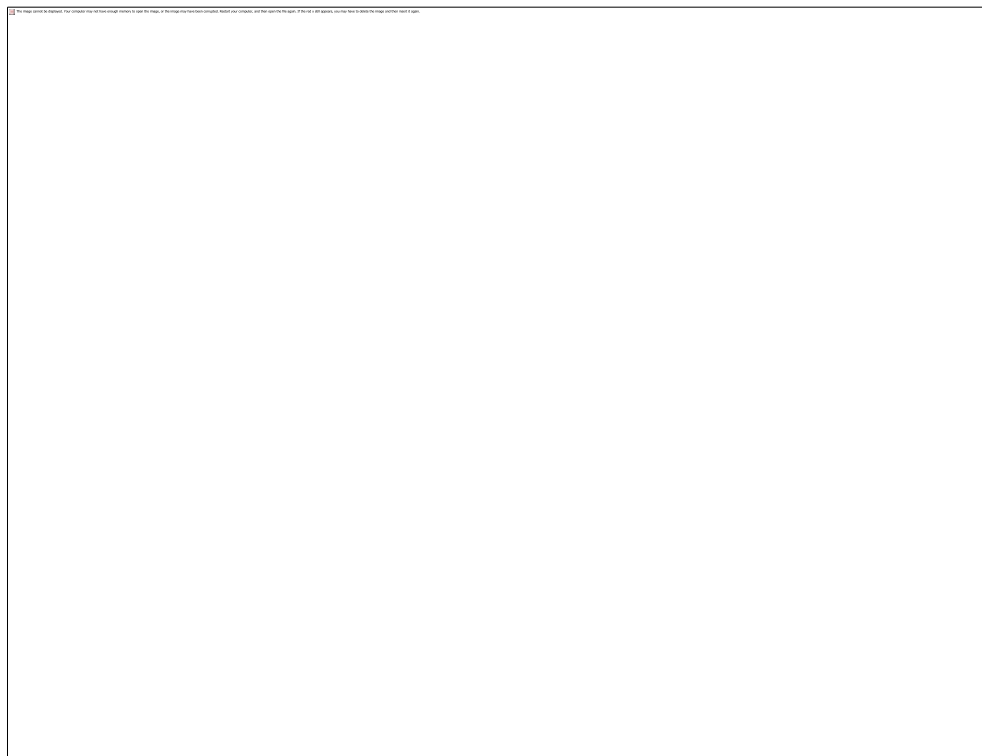
**Alargar o âmbito...**

**Disponibilização de todas as edições na internet**

**Em Janeiro de 2007 é lançada a versão inglesa**

... e mais impacto?

## Acesso anual ao boletim online



**... e mais impacto ?**

**Convocar uma audiência no Ministério da Saúde**

**Convite para um curso de Farmacoterapia (Univ de Colombia)**

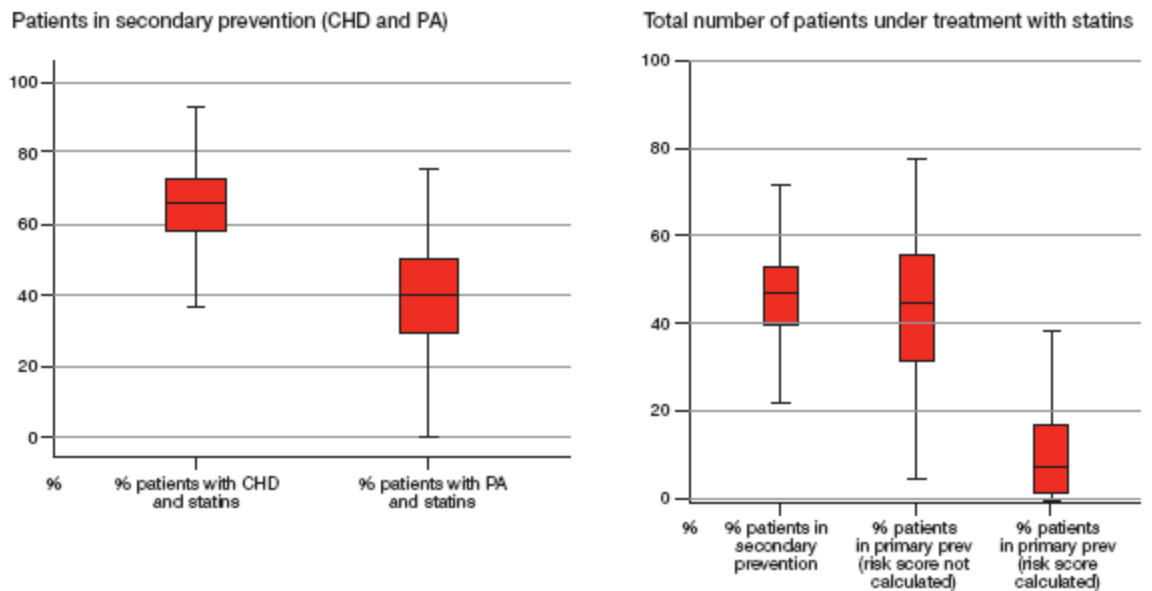
**Convite para reunião internacional (Univ Managua)**

**Aumento do número de emails, telefonemas de pacientes, etc.**

# outras melhorias

## Incluir informação sobre práticas clínicas

Figure 5. Patients under treatment with statins. Variability according to the different quotas of patients in primary care in Navarre (Spain).



## outras melhorias

Um novo website estará disponível em 2010...

Ter um boletim **mais interactivo**

Disponibilizar **serviço de assinaturas, alertas**

Criar uma secção de **“resposta rápida aos autores”**

Incluir **links** para as referências

fornecer **informação suplementar**

# E incluir mais informação online sobre terapêutica de medicamentos

## Novas avaliações de medicamentos



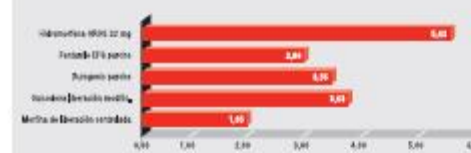
08/2009

### Hidromorfona<sup>▲</sup> (Jurnista<sup>®</sup>)

Otro opioide de liberación controlada que no aporta nada



#### Coste diario dosis analgésica equipotente



- La hidromorfona es un opioide mayor que lleva mucho tiempo autorizado en otros países.
- Hay dos ensayos de hidromorfona OROS frente a comparador activo, uno frente a morfina de liberación prolongada y otro frente a oxycodona, con numerosos problemas metodológicos y resultados no concluyentes.
- El perfil de seguridad a dosis equipotentes es similar a los demás opioides.
- No existen presentaciones de liberación inmediata para su uso como rescate o inicio del tratamiento.

#### Indicaciones terapéuticas<sup>1</sup>

Tratamiento del dolor intenso.

#### Mecanismo de acción y farmacocinética

La hidromorfona, un derivado semisintético de la morfina, es principalmente un agonista de los receptores opioides  $\mu$  y también muestra una débil afinidad por los receptores  $\kappa$ . Se libera de manera constante y se absorbe de forma continuada durante aproximadamente 24 horas, lo que permite su administración una vez al día. Se alcanza la concentración estable con la tercera dosis.

#### Farmacología y forma de administración<sup>1</sup>

El comprimido debe tragarse entero con un vaso de agua, aproximadamente a la mis-

**La morfina de liberación controlada es el tratamiento de elección si se requiere un opioide mayor.**



ma hora cada día, y nunca debe ser masticado, dividido o machacado.

En pacientes que no están en tratamiento de forma rutinaria con opioide, la dosis inicial es de 8 mg/24h. Algunos pacientes pueden necesitar 4 mg/24h. Esta dosis puede aumentarse o disminuirse en 4-8 mg/24h, dependiendo de la respues-

ta y de los requerimientos analgésicos suplementarios. Como el ajuste de dosis hasta alcanzar la analgesia adecuada es más lento con preparaciones de opioides de liberación controlada, puede ser aconsejable iniciar el tratamiento con preparaciones convencionales de liberación inmediata (morfina de liberación inmediata, ya que la hidromorfona de liberación inmediata no está disponible) y después convertirlas a la dosis diaria total apropiada de hidromorfona OROS. En este caso, habría que usar el factor de conversión habitual: 1 mg de hidromorfona OROS equivale a 5 mg de morfina. Ajustar a la baja.

En pacientes en tratamiento previo con opioides de forma regular, la dosis inicial se basará en la dosis diaria del opioide anterior, usando los factores de conversión estándares.

La calificación ha sido asignada conjuntamente por los Comités de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Andalucía, Cataluña, País Vasco, Aragón y Navarra. La información que aquí se presenta es la disponible hasta el momento y es susceptible de modificaciones en función de los avances científicos que se produzcan. Se recuerda la gran importancia de notificar al Centro de Farmacovigilancia las sospechas de reacciones adversas de los nuevos medicamentos.

# E incluir mais informação online sobre terapêutica de medicamentos

## Resumos de artigos médicos



MAYO - JUNIO 2008 Número 67



[6] SERVICIO DE PRESTACIONES FARMACÉUTICAS

seis

**Situación actual del paciente hipertenso y mayor de 75 años en España. Estudio DISEHTAE**

Martínez Pastor A. y cols. Aten Primaria 2008;40(5):247-52

El objetivo propuesto fue valorar, en el paciente mayor de 75 años, el grado de cumplimiento de las recomendaciones de seguimiento, control y tratamiento de la hipertensión arterial. Para ello, se diseñó un estudio descriptivo multicéntrico en ciento siete centros de salud de 14 comunidades autónomas de España. Se evaluaron un total de 1.369 historias clínicas de pacientes hipertensos mayores de 75 años. Las variables estudiadas fueron: edad y sexo, lugar de seguimiento, otras de presión arterial, cribado y diagnóstico de diabetes, hipercolesterolemia, hábito tabáquico, hipertrofia ventricular izquierda y obesidad. También se estudiaron la creatinina plasmática, proteinuria, tratamiento farmacológico prescrito y variables de infraestructura.

Los resultados mostraron que el factor de riesgo cardiovascular más cribado fue la obesidad (76,1%), mientras que el más prevalente fue la hipercolesterolemia (91,3%). El 25,5% de los pacientes presentaba diabetes asociada, y el 48,5% de la muestra presentaba un índice de masa corporal (IMC) superior a 25. Se observó un bajo cribado de la microalbuminuria (8,4%). La proporción de pacientes con la presión arterial controlada es mayor entre los que se siguen un atención primaria (32,8%) respecto a los seguidos fuera del ámbito de la atención primaria (23,2%). A un 7,9% no se le había prescrito tratamiento farmacológico alguno. Únicamente medidas higiénico-dietéticas. El grupo farmacológico más utilizado fueron los diuréticos, seguidos de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAII).

Las conclusiones fueron que el grado de control de la hipertensión arterial en el paciente anciano se aumentó de forma progresiva, pero aún está muy lejos de lograrse un control óptimo en la mayoría de los pacientes.

DIABETES

siete

**Adherencia a la dieta mediterránea y riesgo de desarrollar diabetes: estudio de cohortes prospectivo**

Martínez-González MA y cols. BMJ 2008; 336(7657):1348-51 (Inglés)

El objetivo del estudio fue establecer la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y la incidencia de diabetes en participantes inicialmente sanos. Para ello, se diseñó un estudio de cohortes prospectivo con una asignación del riesgo relativo ajustado por sexo, edad, años de educación universitaria, sedentarismo, tabaco, historia familiar de diabetes o historia personal de hipertensión. Se reclutaron 13.380 licenciados de la Universidad de Navarra no diabéticos al comienzo del estudio y se realizó un seguimiento de 4,4 años de media. Las variables del estudio fueron: hábitos dietéticos (que se establecieron al inicio del estudio mediante un cuestionario validado de 136 ítems y se transformaba en un índice de 9 puntos) y casos nuevos de diabetes confirmados.

Los resultados del estudio fueron que los participantes que tienen gran adherencia a la dieta mediterránea tienen menor riesgo de diabetes. La razón de tasas ajustada por sexo y edad fue de 0,41 (IC95% = 0,19 a 0,87) para adherencia moderada (puntación de 3 a 6) y de 0,17 (IC95% = 0,04 a 0,76) para adherencia alta (puntación de 7 a 9) frente a una adherencia baja (puntación < 3). La conclusión de los autores es que la adherencia a la dieta mediterránea se asocia con una reducción del riesgo de diabetes.

ocho

**¿Puede ser útil el síndrome metabólico para predecir la enfermedad cardiovascular y la diabetes? Resultados de dos estudios prospectivos**

Saitta N et al. The Lancet 2008; 371:19-27-35 (Inglés)

El objetivo de este estudio fue investigar si el síndrome metabólico (SM) o cada uno de sus componentes (índice de masa muscular, triglicéridos, c-HDL, tensión arterial y glucemia en ayunas) analizados de forma separada, están relacionados con el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular y diabetes en ancianos. El SM se definió según los criterios del Third Report of the National Cholesterol Educational Program (NCEP-3). Participaron 4.812 personas no diabéticas, de 70-82 años de

## E incluir mais informação online sobre terapêutica de medicamentos

## Programas de formação

### Temas candentes en farmacoterapia

28 de abril y 5 de mayo de 2009  
Salón de actos del Hospital de Navarra  
16:30 a 19:30 horas

Dirigido a profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

Este curso pretende abordar aspectos importantes en la terapia farmacológica sobre los que actualmente existen controversias. Cada tema se desarrollará en un tiempo máximo de 20 minutos y se dispondrá de otro 10 para el debate. La selección de los asistentes se llevará a cabo por orden de inscripción hasta completar el aforo máximo (100 personas).

El curso está financiado enteramente por el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea con los fondos del uso racional del medicamento. La acreditación se ha solicitado a la Comisión de Formación Continuada del SNS-O.

#### Martes, 28 de abril de 2009

16:30 - 17:00  
Ensayo "ONTARGET". ¿Aportan algo realmente los ARA II sobre los IECA?

JESÚS ARTEAGA, JEFE DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL DE NAVARRA

17:00 - 17:30

¿El uso de epoetinas incrementa el riesgo de cáncer y tromboembolismo? ¿Cuándo deben emplearse?

JESÚS ARTEAGA, JEFE DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL DE NAVARRA

17:30 - 18:00

Osteonecrosis de mandíbula por bisfosfonatos... ¿la punta del iceberg?

FRANCISCO CARDONA, JEFE DE LA SECCIÓN DE SALUD BUCCODENTAL, SNS-O

18:00 - 18:30

Descanso

18:30 - 19:00

Parches de fentanilo. ¿Estamos trivializando el uso de opioides?

MARIBOSE ARIZ, MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, SNS-O

19:00 - 19:30

Uso y abuso de las nuevas quinolonas en infección respiratoria

PEDRO IÑIGO, MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, SNS-O

#### Martes, 5 de mayo de 2009

16:30 - 17:00

Estudio RIVANA. Perfil de riesgo CV en Navarra. Aplicaciones prácticas

CARLOS AMEZQUETA, MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, SECCIÓN DE DOCENCIA AP, SNS-O

M. L. GUERRERU, DIRECTORA DEL SERVICIO DE DOCENCIA Y DESARROLLOS SANITARIOS, DEPARTAMENTO DE SALUD, GOBIERNO DE NAVARRA

17:00 - 17:30

¿Podemos proponer un nivel de colesterol adecuado a nuestros pacientes?

M. A. IÑIZCOZ, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL DE NAVARRA, SNS-O

17:30 - 18:00

¿Necesitamos para algo los antiinflamatorios

INSCRIPCIONES:

Por teléfono:



## **outras melhorias**

**E incluir mais informação online  
sobre terapêutica de medicamentos**

**Indicadores de qualidade da prescrição médica**

**Relatório anual sobre o uso de medicamentos na região**

**Regulamentação de prescrição de medicamentos**

**Informação sobre medicamentos a pacientes**

**Outros links**

**outras melhorias**

**Pesquisa em Farmacoepidemiologia**

**Além da avaliação crítica de artigos médicos**

**Podemos produzir evidência clínica**

**Dificuldade em efectuar testes clínicos**

**Usar registos clínicos**

**Base de dados da Agência de Medicamentos,  
[www.bifap.org](http://www.bifap.org)**

## conclusões

**Um boletim sobre medicamentos pode...**

**agregar médicos**

**tornar-se uma referência para profissionais da saúde**

**ajudar a melhorar os cuidados aos pacientes**

**tornar-se um instrumento importante para o uso racional de medicamentos**

## conclusões

### Pontos-chave...

ter **tanto** médicos como farmacêuticos a trabalhar em conjunto

metodologia **robusta**

ter um **website** adequado assim como uma versão impressa

ter uma **equipa** a trabalhar questões do uso do medicamento:

Boletim, avaliações de novos medicamentos, programas de formação, pesquisa em farmacoepidemiologia e **aconselhamento personalizado** a médicos (monitorização do perfil de prescrição, indicadores, repostas a questões), informação a pacientes, etc.

## conclusões

### Pontos-chave...

**O Boletim deve tornar-se a peça-chave de uma estratégia alargada para promover o uso racional de medicamentos**