

Síndrome de las piernas inquietas. ¿Se conoce en atención primaria?

Introducción. El síndrome de las piernas inquietas (SPI) se define como la sensación desagradable en las extremidades inferiores que provoca la necesidad de mover las piernas y, por esto, se puede considerar como un trastorno del movimiento. La clínica se manifiesta al inicio del sueño y en reposo. Descrito por el neurólogo sueco Karl Ekbom en la década de 1940¹, se estima que afecta al 15% de la población.

Los criterios para realizar el diagnóstico de SPI propuestos por Walters et al² son los siguientes: a) necesidad imperiosa de mover las piernas, generalmente asociado a parestias; b) inquietud motora; c) síntomas agravados con el reposo y alivio parcial y temporal con el movimiento, y d) los síntomas empeoran al atardecer y durante la noche.

Caso clínico. Varón de 50 años con antecedentes de psoriasis cutánea, miringoplastia del oído izquierdo, apendicectomía, herniorrafia izquierda y cirugía por úlcus duodenal. Acudió a consulta por primera vez relatando un cuadro de parestias en ambos miembros inferiores con distribución en calcetín, y dolor que describía como «calambres» nocturnos que le despertaban y mejoraban al levantarse de la cama y deambular. Estaba siendo tratado en su anterior centro de salud desde hacía varios meses con pentoxifilina, sin evidenciar mejoría. La exploración no puso de manifiesto cambios tróficos de la piel, no se observaron alteraciones de la temperatura local, y los ROT estaban conservados y simétricos, el test de Homans bilateral era negativo, los pulsos pedios y tibiales estaban conservados, la RCP flexor era bilateral, la sensibilidad estaba conservada y se apreciaba un leve dolor a la palpación de la masa gemelar. La analítica con hematología, VSG, coagulación, bioquímica elemental, iones y enzimas (aldolasa, CPK y LDH) fueron normales. Sin diagnóstico de presunción, el paciente fue remitido a consulta de medicina interna para su valoración. Tras la realización del estudio por este servicio, y después de una exploración similar a la descrita, el estudio analítico no reveló hallazgos de interés. El ECG, la radiogra-

fía de tórax y el estudio electromiográfico estaban dentro de la normalidad. El paciente fue dado de alta con el siguiente juicio clínico: «se descarta una enfermedad en el momento actual». Tratamiento: «no precisa» y control por su médico de familia.

Tras acudir nuevamente a la consulta de atención primaria después de reevaluar al paciente, se estableció el diagnóstico de SPI y se inició un ensayo terapéutico con nicardipino, 20 mg/24 h, manifestando el paciente una franca mejoría, con disminución de las molestias y mejora del trastorno del sueño asociado.

Discusión y conclusiones. El SPI tiene una prevalencia estimada entre el 2 y 15%, y es por esto uno de los posibles motivos de consulta en atención primaria. No obstante, creemos que este síndrome no se considera habitualmente como causa de estos síntomas inespecíficos que con cierta frecuencia se consultan en atención primaria. Esta falta de sospecha nos hizo consultar con el servicio de medicina interna de referencia que, como se ha descrito, no estableció diagnóstico alguno.

La «obligación» de dar respuesta al paciente y su problema hizo que nos planteásemos posibles diagnósticos y, como resultado de este ejercicio, se presenta la posibilidad del SPI, pues la clínica responde a los criterios establecidos para su diagnóstico y se han descartado otras posibles causas.

Los tratamientos farmacológicos de primera línea³ son las sustancias dopaminérgicas (pergolida, pramipexol, ropinirol, levodopa, carbidopa, etc.) a dosis bajas, administradas media hora antes de acostarse. También son útiles las benzodiacepinas cuando fallan los anteriores y el insomnio es importante.

A pesar de lo dicho anteriormente, se optó por utilizar el tratamiento con nicardipino, pues este fármaco fue recomendado por un especialista en neurología, previo a la posibilidad de utilizar los otros fármacos descritos. Tras pasar meses de tratamiento el paciente está estable, la clínica ha disminuido, se encuentra bien con el fármaco y prefiere continuar tomándolo antes de iniciar otra alternativa terapéutica.

No conocemos evidencias, publicaciones, ensayos, etc., que avalen el uso de nicardipino, pero el paciente refiere estar clínica-

mente mejor desde que está en tratamiento.

J. Ezquerro Gadea^a,
I. López Larráyo^b, G. Escríbano^b
y M. García Muñoz^a

^aMédico de Familia. ^bResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina de Familia del Área VI de Madrid. Centro de Salud de Villanueva de la Cañada (Madrid). España.

1. Ekbom K. Restless legs syndrome. Acta Med Scand 1945;158:4-122.
2. Walters AS. The International Restless Legs Syndrome Study Group. Towards a better definition of the restless legs syndrome. Mov Disord 1995;10:634-52.
3. Culebras A. Restless legs syndrome. Diagnosis and treatment. Rev Neurol 2001;3:281-3.

Infección urinaria por *Aerococcus urinae*

Introducción. Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen una de las enfermedades más comunes en la atención primaria, siendo *Echerichia coli* (75%) el microorganismo aislado con más frecuencia, seguido de *Proteus mirabilis* y *Enterococcus*^{1,2}. Comunicamos el aislamiento de un nuevo patógeno urinario muy infrecuente (0,3-0,8%), tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio^{3,4}.

Caso clínico. Se trata de una mujer de 74 años, diabética bien controlada, que acudió a la consulta con sintomatología urinaria (polaquiuria y disuria) de 2 días de evolución. En el análisis de orina se observaron 25-30 leucocitos por campo, sin otros hallazgos de interés, aislándose 10⁵ UFC/ml de *Aerococcus urinae*. Para confirmar la patogenicidad de la bacteria se repitió el cultivo, creciendo el mismo microorganismo.

Se inició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico (500 mg/8 h) por vía oral

Palabras clave: Infección urinaria.
Aerococcus urinae.

durante 10 días, mejorando su sintomatología, siendo el cultivo de control negativo.

Discusión y conclusiones. En 1989, Cristensen et al describieron un nuevo patógeno urinario denominado *A. urinae*. Es un coco grampositivo catalasa negativo con alfa hemólisis, parecido a los estreptococos pero que se agrupa en racimos o tétradas³. Las infecciones producidas con más frecuencia son urinarias, aunque también se han descrito infecciones graves, como endocarditis o sepsis³⁻⁶.

Las ITU ocasionadas por *A. urinae* son raras (0,3-0,8%), según las escasas series publicadas^{3,4}. Estas infecciones afectan a personas de edad avanzada, más frecuente en mujeres, con factores predisponentes locales o sistémicos, hiperplasia de próstata, alteraciones anatómicas, diabetes mellitus y neoplasias⁴⁻⁶. La clínica es indistinguible de las ITU de etiología habitual (*E. coli*)⁴. En nuestro caso, la paciente era mujer, diabética y había presentado con anterioridad otros episodios de ITU.

Esta bacteria es sensible a β -lactámicos, vancomicina, nitrofurantoína y resistente a sulfonamidas. Esta sensibilidad coincide con la de nuestra cepa, por lo que se recomendó tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico^{5,6}.

La rareza de estos microorganismos y la escasez de la bibliografía se debe, en parte, a las dificultades de crecimiento de la bacteria y de su tipificación, ya que se confunden fácilmente con *Streptococcus viridans*^{4,6}.

En conclusión, aunque excepcional, ante un urocultivo positivo con clínica compatible debemos considerar a *Aerococcus urinae* como un patógeno urinario y no como contaminante.

M.A. Remacha Esteras,
A. Esteban Martín, I. Parra Parra
y T. Remacha Esteras^a

Servicio de Microbiología. Hospital Monte San Isidro de León. España.

^aCentro de Salud El Crucero. León. España.

tica en el sur de la provincia de Albacete. An Med Interna 1999;16:236-8.

3. Cristensen JJ, Korner B, Kjaergaard H. *Aerococcus*-like organism-an unnoticed urinary tract pathogen. Acta Pathol Microbiol Immunol Scand 1989;97:539-46.
4. Schuur PM, Van Kasteren ME, Sabbe L, Vos MC, Janssens MM, Buiting AG. Urinary tract infections with *Aerococcus urinae* in the South of the Netherlands. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1997;16:871-5.
5. Schuur PM, Sabbe L, Van der Wouw AJ, Montagne GJ, Buiting AG. Three cases of serious infection caused by *Aerococcus urinae*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1999;18:368-71.
6. Zhang Q, Kwok C, Attorri S, Clarridge JE III. *Aerococcus urinae* in urinary tract infections. J Clin Microbiol 2000;38:1703-5.

Un caso infrecuente de obstrucción nasal

Introducción. Los pólipos nasales son neoformaciones benignas gelatinosas, semi-transparentes, blancas o sonrosadas que protruyen de la mucosa nasal. Resultan un hallazgo frecuente en la consulta de atención primaria, siendo su incidencia global en la población incierta y variable, dependiendo del medio geográfico y, sobre todo, de asociaciones clínicas. Se manifiestan clínicamente como obstrucción nasal, hiposmia, rinorrea, estornudos, drenaje posnasal y dolor facial.

Existen cuadros habituales de poliposis, como el pólipo antrocoanal o de Killian, el síndrome ASA o la enfermedad de Woakes. Con menos frecuencia se han descrito pólipos asociados a enfermedades sistémicas, como fibrosis quística, síndrome de Mounier-Kuhn, síndrome de Kartagener o síndrome de Young¹.

Caso clínico. Nuestra paciente consultó en 1996, con 18 años de edad, por catarros frecuentes. Refería únicamente, como an-

tecedente de interés, un episodio de sinusitis en 1993. En la exploración física llamaba la atención una obstrucción por lesión parecida a un pólipo en la narina derecha. La paciente fue remitida a ORL, donde se diagnosticó una displasia craneofacial etmoido-esfenoidea y se extirpó la lesión. La lesión recidivó 3 años más tarde, precisando reintervención.

Discusión y conclusiones. La displasia fibrosa es un defecto del desarrollo del sistema musculoesquelético en que el tejido fibroso desplaza al hueso normal. Las lesiones se clasifican en monostóticas (se afecta un solo hueso), regionales (se implican varios huesos vecinos) y poliostóticas (se alteran varios huesos, junto con anomalías endocrinológicas). Predomina en el varón, es más frecuente en niños y adultos jóvenes, y tiende a estabilizarse a los 30 años. La afección craneofacial se caracteriza clínicamente por crecimiento gradual e indoloro de predominio unilateral. La sintomatología depende del crecimiento de la lesión y compresión de estructuras vecinas. El diagnóstico se realiza tras correlación clínica, exploración física, estudio radiológico e histopatológico. En la radiografía simple se observa una imagen en vidrio esmerilado. La TAC y la RMN delimitan la extensión de la lesión. La anatomía patológica demuestra una sustitución de hueso por tejido conectivo fibroso, con trabéculas de tejido osteoide o hueso inmaduro. La lesión no está encapsulada. En cuanto al tratamiento, está indicada la resección quirúrgica cuando causa problemas estéticos y/o funcionales. No se emplea quimioterapia ni radioterapia²⁻⁵.

El interés de este caso estriba en que una enfermedad tan frecuente como son los pólipos nasales no se deba a ninguno de los síndromes habituales, y sea una manifestación de una enfermedad no tan conocida, como es la displasia fibrosa craneofacial.

S. de Francisco Velasco^a, R. Sanz Cantalapiedra^b, E. García Alonso^a
y M.J. Polo Polo^a

^aResidente de MFyC. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. España.

Palabras clave: Poliposis nasal. Displasia osificante craneofacial. Fibroma osificante de etmoides.

1. Ibarburu I, Labraca J, Lerma L, Solanas B. Infecciones del tracto urinario en atención primaria. Aten Primaria 2000;26:65.

2. Atienza MP, Castellote FJ, Romero C. Infección urinaria y sensibilidad antibió-

1. Jaime Marcos Algarra. Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Tomo I: Ciencias básicas y materias afines. Rinología. Madrid: Editorial Proyectos Médicos S.L., 1997; p. 527-32.
2. De Vicente Rodríguez JC, González Méndez S, Santamaría Zuazua J, Madrigal Rubiales B. Tumores odontogénicos de los maxilares clasificación clínica y diagnóstica. Medicina Oral 1997;2:83-93.
3. Palacio Zurita L, Azuara Pliego E. Displasia fibrosa craneofacial. Presentación de 4 casos. Acta Pediátrica de México 2000; 21:9-13.
4. Smith L, Ware L. Tumores. En: Ferguson CF, editor. Otorrinolaringología pediátrica. 1.ª ed. Barcelona: Salvat, 1997; p. 1093-4.
5. Krespy Y, Levine T. Tumores de la nariz y senos paranasales. En: Paparella, editor. Otorrinolaringología. 3.ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1994; p. 2282.

Recidiva cutánea local de carcinoma de mama

Introducción. La recidiva locorregional (RLR) de cáncer de mama es una complicación frecuente (5-26% de los casos tratados únicamente con mastectomía radical). Puede ocurrir en los 20 años siguientes al tratamiento, aunque en un 90% de los casos aparece en los primeros 5 años. La localización más frecuente es en la cicatriz de la mastectomía. Esta complicación implica mal pronóstico, ya que refleja un crecimiento local del tumor, y se puede acompañar de recidiva sistémica en el 40% de los casos en los siguientes 2 años, registrándose cifras de supervivencia global de aproximadamente 42% a los 5 años (0-65% según los diferentes factores pronósticos: período libre de enfermedad, ganglios afectados, estadio del tumor, receptores para estrógenos y progesterona, necrosis tumoral, quimioterapia tras mastectomía, etc.). El período libre de enfermedad y el número de ganglios afectados son los factores pronósticos más importantes. El tratamiento se realiza mediante radioterapia local y terapia sistémica: quimio u hormonoterapia si

es un tumor susceptible. En ocasiones se recomienda realizar una resección quirúrgica amplia de toda la cicatriz (a veces es necesario utilizar injertos), e irradiación posterior del lecho.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 78 años, diagnosticada previamente de HTA y hacía 3 años de carcinoma de mama izquierda (carcinoma ductal infiltrante T₂ N_{1b} M₀), tratado quirúrgicamente (mastectomía radical), con posterior quimio, radio y hormonoterapia. Desde entonces presentaba buena evolución analítica y clínica en los controles semestrales en la consulta ambulatoria de oncología. En el último control refirió presentar, desde hacía 3 meses, lesiones eritematosas, pruriginosas, en la zona de mastectomía, tratadas por su médico con tratamiento tópico y aciclovir vía oral, sin mejoría. Se remitió a la paciente a dermatología, objetivándose zona de erosión de 2,5 cm de diámetro con fondo limpio sobre una gran placa eritematosa (18 × 15 cm) indurada, infiltrada de pápulas y nódulos eritematosos duros, satélite, de unos 0,6 cm (fig. 1). Ante estos hallazgos se realizó una biopsia cutánea (*punch* de 6 mm) de uno de los nódulos satélite, que confirmó la sospecha diagnóstica: recidiva cutánea de cáncer de mama.

Discusión y conclusiones. Como ya hemos comentado en la introducción, la RLR de carcinoma de mama es un hecho relativamente frecuente, incluso años después del tratamiento quirúrgico. Además, se trata de una complicación que, aunque no en todos los casos, confiere un pronóstico malo a corto o medio plazo. Por esto, es importante destacar la labor del médico de AP en el seguimiento continuado de estas pacientes, y la necesidad de sospechar esta complicación



Figura 1. Gran placa eritematosa indurada, con múltiples nódulos satélites y una erosión central, sobre cicatriz de mastectomía.

ción ante los primeros síntomas que se presenten (prurito, eritema cutáneo, etc.).

C. Beaumont Caminos^a, V. Estremera Urabayen^b y M.R. Vives Nadal^c

^aMédico residente de MFyC. Centro de Salud Chantrea. Pamplona (Navarra).

^bEspecialista en MFyC. Centro de Salud de Chantrea Pamplona (Navarra).

^cEspecialista en dermatología. Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra). España.

1. Clemons M, Danson S, Hamilton T, Goss P. Locoregionally recurrent breast cancer: incidence, risk factors and survival. Cancer Treat Rev 2001;27:67-82.
2. Dunst J, Steil B, Furch S, Fach A, Lautenschlager C, Diestelhorst A, et al. Prognostic significance of local recurrence in breast cancer after postmastectomy radiotherapy. Strahlenther Onkol 2001; 177:504-10.
3. Willner J, Kiricuta IC, Kolbl O. Locoregional recurrence of breast cancer following mastectomy: always a fatal event? Results of univariate and multivariate analysis. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1997;37:853-63.
4. Della Rovere GQ, Benson JR. Ipsilateral local recurrence of breast cancer: determinant or indicator of poor prognosis? Lancet Oncol 2002;3:183-7.
5. Balducci L, Extermann M, Carreca I. Management of breast cancer in the older woman. Cancer Control 2001;8:431-41.
6. Deutsch M. Radiotherapy for postmastectomy local-regional recurrent breast cancer. Am J Clin Oncol 2000;23:494-8.

No confundir las estimaciones con la realidad

Sr. Director: Tras leer el artículo de Gisbert y al publicado recientemente en su revista¹, nos gustaría hacer algunas observaciones sobre el tratamiento estadístico de los datos presentados. A la vista de los antecedentes citados en la introducción² y de las referencias citadas en la discusión^{3,4}, sorprende que para calcular el tamaño muestral se tome como estimación inicial de la sensibilidad un valor (95%) a todas luces improbable. Como consecuencia, los intervalos de confianza de las medidas calculadas tienen una amplitud muy superior

Palabras clave: Recurrencia locorregional. Cáncer de mama. Factores pronósticos.

a lo previsto ($\pm 10\%$). Así, para la sensibilidad, el intervalo abarca un 23% en cada sentido. Tomada en términos relativos, la desviación a cada lado de la estimación puntual (41%) supone el 57% del valor de dicha estimación. Algo parecido sucede en el caso del valor predictivo negativo (VPN), cuya estimación puntual es la peor que podría darse (el 50%), pero cuyo intervalo de confianza oscila entre el 28 y el 72%. Si, por efecto del azar, se hubiera obtenido este último resultado, quizá no se podría argumentar con tanta decisión que la técnica diagnóstica que se evalúa es poco útil. En alguno de los artículos citados⁴ se obtienen resultados igualmente decepcionantes, aunque con una mayor sensibilidad (66%). Pero sus autores justifican humildemente el pequeño tamaño muestral (47 pacientes) y, por ende, la amplitud de los intervalos de confianza, por la falta de reactivos. En el estudio que comentamos, que no declara limitación alguna, hubiera sido más correcto establecer el tamaño muestral basándose en una sensibilidad esperada del 50%. Manteniendo el resto de parámetros (precisión del 10%, intervalo de confianza del 95% y prevalencia esperada del 70%), esto hubiera supuesto unos 140 pacientes. Los resultados obtenidos con iguales proporciones de positivos y negativos, pero un tamaño muestral 5 veces mayor, serían idénticos en cuanto a las estimaciones puntuales, pero mejorarían notablemente los intervalos de confianza (sensibilidad del 41% [IC del 95%, 30,7-51,6%]; especificidad del 91% [IC del 95%, 83,3-88,5%]; VPP del 87% [IC del 95%, 77,2-99,7%] y VPN del 50% [IC del 95%, 40,2-59,8%]).

R. Sánchez Arroyo^a, J.M. Jiménez Hereza^a y S. Valdearcos Enguídanos^b

Servicio Aragonés de Salud. Teruel. España.

^aGerencia de Atención Primaria Área IV.

^bCentro de Salud Teruel Urbano. Teruel. España.

et al. Serología «rápida» para el diagnóstico de infección por *H. pylori*. Estudio de su validez frente a un patrón de referencia y de su concordancia con la serología «clásica». *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23:159-64.

3. Huelin J, Sánchez-Galdón S, Cárdenas A, Ibáñez J, Espana P, De la Cruz J, et al. Estudio comparativo entre Helisal TM Rapid Blood y Elisa, Jatrox y anatomía patológica en el diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori*. *Rev Esp Enferm Dig* 1996;88:825-7.

4. Valle LM, Valdepérez J, Tirado M, Verduras D, Yus C, Gomollón F. Fracaso de la serología rápida para *Helicobacter pylori* como método diagnóstico en la consulta de atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:126-8.

Un proyecto de investigación aplicada innecesariamente excluyente: la limitación a la participación según el soporte informático

Sr. Director: Coincidimos con Beatriz González López-Valcárcel et al¹ al considerar de gran interés la utilización masiva de lo que denomina «microdatos poblacionales» procedentes de las historias clínicas informatizadas para evaluar la calidad de la prescripción. Sin embargo, nos ha sorprendido que la propuesta se limite a los centros de atención primaria que tengan informatizadas sus historias clínicas en formato OMI-AP, puesto que otros centros, como el nuestro sin ir más lejos, utilizan distintos formatos, quedando por ello excluidos.

El equipo de atención primaria del CAP-Barceloneta/Serveis Mèdics está llevando a cabo una evaluación sistemática de la calidad de la prescripción desde que, en 1995, la auditoría encargada al Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya (ISP) puso de relieve la necesidad de mejorar el uso de los medicamentos por parte de la

población atendida y, en particular, la conveniencia de analizar la pertinencia de las indicaciones. Una intervención conjunta entre los médicos de cabecera y el ISP permitió, en apenas 3 meses, incrementar sustancialmente la utilización de los fármacos recomendados en primera instancia, respecto de los de segunda línea; reducir la proporción de fármacos de bajo valor intrínseco y, sin que se tratara de un objetivo explícito, disminuir el importe económico del coste farmacéutico en un 26%. Esta experiencia mereció el reconocimiento de la IV edición del premio nacional a la innovación en la gestión y administración sanitaria de 1997².

Esta iniciativa no tuvo consecuencias retributivas que podrían haber sesgado la adecuación de la intervención. El Cat Salut, la institución compradora en Cataluña, estableció en 1999 un importe máximo para el gasto farmacéutico de cada zona (área básica de salud, denominado DMA, que modifica el presupuesto y que se calcula sobre todo con criterios históricos, de manera que los equipos de atención primaria que han ido mejorando paulatinamente la calidad de la prescripción y su eficiencia disponen de menos capacidad de manobra.

La intervención consistió en la revisión de las indicaciones de las prescripciones correspondientes a los grupos terapéuticos más recetados y de las recomendaciones farmacológicas disponibles, de manera que se adoptaron consensuadamente los criterios de prescripción que, además de disponer de una justificación positiva, resultaron asumibles según la valoración clínica.

Todo ello fue posible gracias a la creación de una base de datos informatizada que incluía los diagnósticos correspondientes codificados según la CIE-9-CM y los códigos de los medicamentos recetados a los pacientes objeto de las tarjetas de medicación continuada, que supone más del 80% de todas las prescripciones farmacéuticas del CAP. Este sistema se ha mantenido desde entonces, y se complementa con revisiones periódicas de la adecuación de la prescripción que se basan en el análisis de las indicaciones de los medicamentos según la enfermedad o el problema de salud para el que se prescriben, y permite también el análisis de simulación para prever

Palabras clave: Evaluación de medicamentos. Investigación aplicada.

1. Gisbert JP, Vázquez MA, Centeno J, Pajares JM. Estudio de la validez de la serología «rápida» para el diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori*. *Aten Primaria* 2002;30:501-6.

2. Gisbert JP, Cruzado AI, Cabrera MM, Carpio D, Benito LM, Pérez Poveda JJ,

las consecuencias de la introducción de nuevos fármacos³.

**A. Segura Benedicto^{a,b,c},
J.L. Segú Tolsa^c
y J. Avendaño Rodríguez^c**

^aInstitut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya. España. ^bDepartament de Salut Pública. Universitat de Barcelona. España. ^cCentre d'Atenció Primària CAP-Barceloneta/Serveis Mèdics. Barcelona. España.

1. González López-Valcárcel B, Ortún Rubio V, Martín Oliva J, Cabeza Mora A, López Cabañas A, Díaz Berenguer JA, et al. Evaluación del uso apropiado de medicamentos en atención primaria. ¿Cómo se puede mejorar? *Aten Primaria* 2002; 30:467-71.
2. Avendaño J. Racionalización de la prescripción farmacéutica: un ejemplo de gestión de calidad en Atención Primaria. IV Premio Nacional a la Innovación en la

- Gestión y Administración Sanitaria. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid: *Diario Médico* y Arthur Andersen, 1997.
3. Segú JL, Roca D, Segura A, Blanch J. Evaluación económica de un nuevo AINE COX-2 selectivo, rofecoxib, en un entorno de práctica real. *Aten Primaria* 2002;30:442-9.
-