

Tabla 1 Factores de gestión y control metabólico en diabéticos usuarios (n= 98) del Hospital San Agustín de la Comuna de Florida, Chile 2012

Factores de gestión	Control metabólico				
	Compensados (n= 42) Prom ± DE	Descompensados (n= 56) Prom ± DE	p ^a	Correlación ^b	Sig. bilateral
Satisfacción global	5,07 ± 1,6	4,14 ± 1,6	0,000	0,282	0,000
Atención al usuario	5,03 ± 1,6	3,84 ± 1,5	0,000	0,364	0,000
Rapidez	5,18 ± 1,5	4,79 ± 1,6	0,099	0,122	0,007
Profesionalidad del personal	5,02 ± 1,6	3,93 ± 1,5	0,000	0,332	0,000

^a Prueba de chi-cuadrado.

^b Correlación de Pearson.

Bibliografía

1. Tobar M. Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud, en usuarios diabéticos tipo 2. *Rev Chil Salud Pública*. 2012;16:131-6.
2. Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. p. 58-60; 312-313.
3. Gobierno de Chile. Superintendencia de Salud Departamento de Estudios y Desarrollo. Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos. Agosto 2011 [consultado 8 de Ago 2014]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7317_recurso.1.pdf
4. Hoyos T, Arteaga M, Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el domicilio. *La visión del cuidador familiar*. *Rev Inv Educ Enf*. 2011;29:194-203.
5. Hernandez A, Elnecave A, Huerta N, Reynoso N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Rev Salud Pública México*. 2011;53 Supl 1:34-9.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2007. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria.
7. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía clínica diabetes mellitus tipo 2 [consultado 8 de Jul 2014]. 2010. p. 11-12; 17- 18; 59-60. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/porta1/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>.

Consuelo Cruz Riveros^{a,*} y María Angélica González Stäger^b

^a *Facultad Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile*

^b *Departamento de Nutrición y Salud Pública, Facultad Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Consssu@gmail.com (C. Cruz Riveros).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.010>

Conflictos de intereses y necesidad de transparencia: a propósito del consenso sobre prescripción de los nuevos anticoagulantes orales



Conflicts of interest and need for transparency: in light of consensus on prescribing of new oral anticoagulants

Sr. Director:

La declaración de la ausencia de conflictos de intereses en 2 documentos elaborados en nombre de las 3 sociedades científicas de atención primaria¹ y un grupo de trabajo de la semFYC² han motivado una carta al director en su revista de la junta directiva de Osatzen³. Nos parece importante señalar que en ella no se discute el contenido de ambos documentos. De hecho, en el caso de la prescripción de

los nuevos anticoagulantes orales (NACO), Osatzen participó junto a otras sociedades científicas y la administración sanitaria vasca en la elaboración de un protocolo donde se recogían sus indicaciones y la necesidad de que la prescripción de estos nuevos fármacos fuera accesible a los médicos de familia. Esta práctica es una realidad desde la comercialización de los NACO en nuestra comunidad.

La carta de nuestros compañeros de Osatzen, como puede deducirse de su título, tiene como objetivo insistir sobre la importancia de realizar de forma correcta la declaración sobre los conflictos de intereses de los autores de artículos científicos.

Por eso nos sorprende no encontrar referencia alguna, en la réplica de los autores del consenso sobre NACO⁴, a los problemas que plantea la junta de Osatzen en relación a los conflictos de intereses. En dicha réplica se reiteran los argumentos expuestos en el consenso inicial, no cuestionados en la carta, de forma que se desaprovecha la oportunidad de contrastar opiniones sobre cómo deben declararse los conflictos de intereses e incluso de completar la declaración que debería haberse realizado en dicho documento.

Conflicto de intereses

Todos los autores de la carta son miembros de Osatzen.

Bibliografía

1. Lobos Bejarano JM, Polo García J, Vargas Ortega D. El médico de familia ante las barreras en la prescripción de los nuevos anticoagulantes orales: heterogeneidad, inequidad y confusión. Posicionamiento de las Sociedades Científicas de Atención Primaria en España. *Aten Primaria*. 2014;46:1-3.
2. Vargas Negrín F, Medina Abellán MD, Hermosa Hernán JC, de Felipe Medina R. Tratamiento del paciente con artrosis. *Aten Primaria*. 2014;46 Supl 1:S39-61.
3. Gracia Ballarín R, García Asensio M, Martínez Nimatuj I, Galván Lago F. Posicionamientos de sociedades científicas y revisiones

de grupos de trabajo: declaración sobre conflictos de intereses y necesidad de transparencia. *Aten Primaria*. 2014;46:396.

4. Lobos Bejarano JM, Polo García J, Vargas Ortega D. Réplica a la carta: Posicionamientos de sociedades científicas y revisiones de grupos de trabajo: declaración sobre conflictos de intereses y necesidad de transparencia. *Aten Primaria*. 2014;46:397.

Rafael Rotaache del Campo, en nombre del grupo de trabajo sobre Medicina Basada en la Evidencia de Osatzen

Médico de familia, Centro de Salud de Alza, Donostia-San Sebastián, Gipuzkoa, España

Correo electrónico: rrotaache@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.013>

Las pruebas de cribado de la depresión: unas reflexiones



Screening tests of depression: Some reflections

Sr. Director:

Después de leer la carta de Montesó-Curto P y Aguilar-Martín C sobre «Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad»¹, en la que se sitúa la prevalencia de la depresión en un 46,7% en su comunidad, pueden ser útiles al menos 3 consideraciones.

En primer lugar, la notable discordancia entre sus resultados y los de otros estudios es muy probable que sea debida a que el instrumento, la escala de ansiedad-depresión de Goldberg, que fue diseñado para que los médicos de familia pudieran hacer un cribado rápido de la depresión en el marco de su consulta habitual, se ha utilizado en una encuesta telefónica, lo cual puede distorsionar en gran medida las respuestas de los encuestados. En otro estudio² realizado en la misma provincia de Tarragona, mediante pruebas de cribado, se halló un resultado positivo en el 24,7%. En una segunda fase, mediante una entrevista semiestructurada (SCDI-I), se pudo detectar que el 14,3% presentaba un trastorno depresivo mayor y el 4,7% distimia. Es cierto que ambos estudios coinciden en que la diferencia por género es remarcable.

En segundo lugar, el término depresión debería considerarse polisémico, y esto tiene consecuencias. Efectivamente, cuando se habla de depresión no se define gran cosa más allá de una alteración del humor, pero ello no especifica sus causas, gravedad, forma de presentación, tiempo de evolución, ni en definitiva un diagnóstico claro. Es decir, puede ser entendido en diferentes sentidos. Debido a ello el término se convierte en poco operativo. Podríamos decir: *Pacientes que presentan síntomas depresivos*, sin que por ello haya que atribuirles un diagnóstico ni una necesidad de atención médica o de enfermería, a menos que especifiquemos algo más.

Por último, hay que tener en cuenta que las pruebas de cribado no son pruebas diagnósticas. Sobredimensionar la prevalencia de una enfermedad por este u otro motivo tiene sus consecuencias. Una de ellas es captar la atención sobre el fenómeno o enfermedad, e inducir a intervenciones cuando no es necesario. A propósito de este tema, la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria ha realizado un documento recientemente en el que advierte del sobrediagnóstico y sus consecuencias sobre la salud de la población³. Forma parte de la prevención cuaternaria no realizar cribados innecesarios, o que pueden inducir a tratamientos o medios de atención sanitaria cuando no se precisan. De la prevención cuaternaria todavía nos queda bastante por aprender.

Bibliografía

1. Montesó-Curto P, Aguilar-Martín C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Aten Primaria*. 2014;46:167-8.
2. Aragonés Benaiges E. Estudi dels trastorns depressius a l'atenció primària de salut. Tesi doctoral pag 39-47. Departament de Medicina i Cirurgia. Facultat de Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili, 2004.
3. Ética de la Prevenció: qüestionant vells escenaris. Comitè d'Ética de la CAMFiC. Diciembre 2013 [consultado 15 Mar 2014]. Disponible en: http://manager.formulari.cat/uploads/items/ITEM_1666_EBLOG_2510.pdf

Ignasi Bros Cugat^{a,*} y Montserrat Jara Martín^b

^a *Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona, España*

^b *ABS Santa Rosa, Institut Català de la Salut, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 18835ibc@comb.cat
(I. Bros Cugat).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.018>