



Por Juan Gérvas, Miguel Ángel Ripoll Lozano y Mercedes Pérez Fernández

**Evaluación de la reforma de la atención primaria de salud: prácticas preventivas y desigualdades.** id:101-1

**Autores:** Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, García-Altés A, Villalba JR, Cano-Serral G et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2007;39:339-45. Citas 30. MPF.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Las encuestas de salud están dando mucho juego, y lo demuestran los autores, barceloneses, al explotar la Encuesta de Salud de Barcelona, del año 2000. Analizan las respuestas de 2.451 fumadores mayores de 14 años (respecto al consejo antitabaco), 5.045 personas mayores de 39 años respecto a la toma de la tensión arterial, y 1.969 ancianos (mayores de 65 años) para la vacuna antigripal. Demuestran que las pautas preventivas son más frecuentes en las personas con médico general de centro reformado (64% contra 53%), y que no hay desigualdades en su aplicación, ni por sexo ni por clase social, excepto respecto al tabaco en mujeres de clase baja.

**Evaluación de la reforma de atención primaria.** id:101-2

**Autor:** Argimon JM.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2007;39:346-7. Citas 9. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En este comentario editorial se da énfasis a los resultados del estudio previo, y se destaca que el grupo de autores firmantes es de los que en España más se ha dedicado al problema de las desigualdades en salud. La cuestión es apremiante, pues las desigualdades aumentan, no disminuyen, al aumentar la riqueza de las naciones. Y sólo el País Vasco tiene planes específicos al respecto. La atención primaria lo está haciendo muy bien al respecto, pues siempre se demuestra en España su sesgo pro-pobre. La cuestión es si se podría hacer mejor.

**Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiper-frecuentadores: estudio con grupos focales.** id:101-3

**Autores:** Guerra JA, Anca IA.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2007;39:349-54. Citas 30. MPF.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** La accesibilidad y la buena relación con el profesional son razones básicas en el uso frecuente de los servicios sanitarios, como se demuestra en este estudio, sevillano. Los autores hacen 5 grupos focales con un total de 27 pacientes (15 de ellos varones) mayores de 45 años con una media 55 visitas anuales al centro de salud. Los pacientes perciben problemas y confían en la ayuda del profesional. Aumentan el uso una buena accesibilidad y relación con el profesional, y la falta de apoyo social y familiar. Los autores sugieren nuevos canales de contacto (teléfono, Internet) y nuevo papel para los profesionales sanitarios (farmacéuticos y enfermeras).

**Genograma familiar. O bisturi do médico de família.** id:101-4

**Autores:** Genograma familiar. Rebelo L.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Port Clín Geral. 2007;23:309-17. Citas 20. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los pacientes forman parte de una familia, y en muchos casos la familia es central en los problemas de salud y en su resolución, y en ello insiste el autor, portugués, de Lisboa. Este es un texto de repaso, simple y completo, sobre el genograma y su utilización en la consulta. El genograma familiar permite construir un esquema visual de la estructura familiar, lo que hace evidente el lugar del paciente y su relación con los todos los miembros de la familia. Es algo que solemos hacer intuitivamente, pero que conviene dejar claro sobre todo en pacientes complejos; por ejemplo, con ansiedad crónica, ataques de pánico, violencia doméstica, cambios de comportamiento y demás.

**¿Cómo afrontar los desajustes en los mercados de médicos con herramientas del análisis económico?** id:101-5

**Autores:** González López-Valcárcel B, Barber P.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Bol Economía Salud. 2007;59:6-7. Citas 2. MPF.

**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Las autoras son canarias, economistas de la salud que se han interesado por la escasez de médicos en España. Han publicado varios trabajos sobre este problema, incluyendo un informe para el Ministerio de Sanidad ([www.msc.es](http://www.msc.es)), del que es resumen el texto que comento. Destacan los problemas que genera la falta de movilidad del médico español, que fomentan los sistemas sanitarios autonómicos, en contra de la internacionalización esperable de una profesión universal. Además, también insisten en que el sistema sanitario se niega a emplear incentivos y remuneraciones que lleven al médico a donde más se le necesita (islas, medio rural, hospitales comarcales). La inmigración descontrolada, insisten, no es buen remedio a la emigración desbocada.

**También faltan médicos en Canadá.**  
*Managing physician shortages: we are not doing enough.*

id:101-6

**Autor:** Busing N.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ. 2007;176:1057. Citas 4. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Faltan profesionales sanitarios en el mundo entero, y no es fácil reclutarlos. El autor de este editorial es el presidente de la asociación de facultades de medicina de Canadá, y expresa un poco su sensación de fracaso, pues muchos médicos canadienses se van a EEUU, y las mejoras en la organización no serán capaces de suplir las ausencias y la demanda prevista. Echa de menos el liderazgo que permita tomar decisiones en una cuestión compleja. Faltan unos 5.000 médicos, y no pueden simplemente absorberlos de otros países (menciona el respeto a las normas éticas).

**Incentivos y medida del desempeño de los servicios sanitarios.**

id:101-7

**Autor:** García-Altés A.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Bol Economía Salud. 2007;59:1-2. Citas 8. MPF.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En este editorial se hace un resumen de lo que hoy se mueve en el mundo en torno a los incentivos por desempeño (*pay for performance*, en la literatura inglesa). Es el pago por rendimiento, por lograr un trabajo de calidad. La pena es que la calidad clínica no siempre se corresponde con mejora de salud del paciente (ni de la población). El pago por desempeño se ha introducido en mayor o menor grado en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y el Reino Unido, y algunas organizaciones de EEUU. También en España; por ejemplo en Cataluña. La autora revisa los problemas y aciertos de tal iniciativa, y deja claro que los incentivos pueden tener efectos perversos, como disminución de la accesibilidad, o peor resultado en pacientes más graves.

**El teléfono en la insuficiencia cardiaca.**  
*Telephone interventions for disease management in heart failure.*

id:101-8

**Autores:** Grancelli HO, Ferrante DC.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2007;334:910-1. Citas 10. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** En el siglo XXI el teléfono es todavía alta tecnología, por lo que se considera un éxito que tenga éxito en la atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca. De ello va este editorial, firmado por dos argentinos que han llevado a cabo un ensayo clínico sobre la cuestión, y comentan un texto publicado en el mismo número. Es un meta-análisis de 14 ensayos clínicos que demuestran el impacto favorable del teléfono en los ingresos y las muertes de los pacientes con insuficiencia cardiaca. Lo malo es que en todos esos ensayos clínicos, la atención depende de un cardiólogo, y de enfermeras de los mismos. Los de primaria nos dejamos segar la hierba bajo los pies.

**Baja calidad de las comparaciones entre especialistas y generalistas.**  
*A comparison of outcomes resulting from generalists vs specialist care for a single discrete medical condition.*

id:101-9

**Autores:** Smetana GW, Landon BE, Bindman AB, Burstin H, Davis RB, Tjia J et al.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med. 2007;167:10-20. Citas 99. JG.  
**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Los especialistas tienen un relumbramiento que nos falta a los generalistas. Vaya, que se da por supuesto su mejor hacer. De hecho, cuando se ha comparado el trabajo de especialistas y de generalistas, los primeros suelen tener mejor resultado. Los autores revisan todo lo publicado, y sólo encuentran 49 artículos de calidad básica, 24 a favor de los especialistas, 13 sin diferencias, y 4 a favor de los generalistas. Se refieren siempre a una sola enfermedad o situación. La calidad es más baja en los estudios a favor de los especialistas. Como se ve, juegan en campo propio.

**Menos comparación y más colaboración.**  
*Studies comparing quality of care by speciality.*

id:101-10

**Autores:** O'Malley PG, O'Malley AS.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med. 2007;167:8-9. Citas 14. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Las comparaciones entre especialistas y generalistas suelen ser siempre acerca de una enfermedad, y no acerca de la persona global (en los que somos especialistas los generalistas). En este editorial se comenta el artículo previo, y se señalan hechos que quitan relevancia a tales estudios de comparación. Por ejemplo, son estudios observacionales, muy sesgados, basados en medidas de calidad que se obtienen de guías y protocolos sobre una sola enfermedad, interesados pues son promovidos por sociedades y grupos con interés en presentar ventajas de los especialistas, etc. Sobre todo, con estos estudios se distrae la atención sobre mejores formas de cooperación y de derivación, de acceso y demás.



**Relación positiva entre relación inter-profesional y relación con el paciente.**  
*Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output.*

id:101-11

**Autores:** Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampiedro-Colom L, Catalán-Ramos A, Sans-Corrales M, et al.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Fam Pract. 2007;24:41-7. Citas 21. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** No es fácil medir desempeño, o la actividad del sistema sanitario, si queremos reflejar todos los aspectos de la calidad (científica y humana) y lograr medidas comparables. Lo intentan los autores, catalanes, con datos de 2003 de los 267 centros de salud del Instituto Catalán de la Salud, que cubre al 77% de la población catalana. Agrupan en un análisis factorial los resultados en tres factores, de acceso y trato paciente-profesional, de relación entre los profesionales, y de calidad de la prescripción. Curiosamente, los dos primeros se relacionan entre sí, y el tercero es independiente. Parecería que la calidad técnica es posible sin calidad humana. Absurdo.

**De asalariado a profesional independiente.**

id:101-12

*Primary care practice à la carte among GPs: using organizacional diversity to increase job satisfaction.*

**Autores:** Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Lamarche PA.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Fam Pract. 2007;24:138-44. Citas 34. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Es raro que una persona mantenga un interés claro y definido por una determinada forma de trabajo a lo largo de su vida. Por ello los autores entrevistan a 28 médicos generales canadienses de la provincia de Québec, en la que hay centros de salud y profesionales independientes (en el resto de Canadá, sólo estos últimos) para saber sobre su satisfacción en el trabajo. Los hay convencidos de las ventajas de profesional independiente, y de las de ser asalariado. Y los hay que van y vienen, según les conviene. Es decir, que están a gusto en los dos sistemas.

**Las redes de medicos generales en Nueva Zelanda y el Reino Unido.**

id:101-13

*Primary care organizations in New Zealand and England: tipping the balance of the health system in favour of primary care?*

**Autores:** Smith J, Mays N.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Int J Health Plann Mgmt. 2007;22:3-19. Citas 90. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En la mayoría de los países desarrollados del mundo el médico general es un profesional independiente que contrata con el sistema público y atiende a sus pacientes sin pago por el uso del servicio. Así sucede, por ejemplo, en Nueva Zelanda y el Reino Unido. Por ello los autores pueden comparar la evolución reciente en ambos países, que ha llevado al establecimiento de redes de médicos generales, para ofrecer mayor potencia de contratación y de servicios. En Nueva Zelanda ha tenido mayor importancia la resolución y el impulso de los problemas comunitarios, mientras en el Reino Unido ha dependido más de la voluntad política nacional. En ambos casos ha habido cambios y mejoría, pero con problemas.

**Atención primaria y sistemas de salud, una relación compleja.**

id:101-14

*Comment (debate): primary care organizations and health systems.*

**Autor:** Paton C.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Int J Health Plann Mgmt. 2007;22:21-4. Citas 4. JG.  
**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Las discusiones sobre el papel de la atención primaria en el sistema sanitario dependen de muchas cuestiones implícitas, que raramente se debaten. De ahí el interés del comentario editorial al texto precedente, pues el autor, inglés, deja claras cuestiones relevantes, como que la distinción entre niveles es algo artificial, y que lo que se precisa es tener sistemas integrados. Desde luego, fundar en la atención primaria el sistema sanitario parece conveniente, pero es falsa la antítesis entre el hospital y la comunidad. Para mejorar las cosas se precisa de una estrategia global, y las que sólo se focalizan en la primaria pueden tener graves inconvenientes, por la pequeñez de miras y los costes de transacción.

**¿Qué significa ser médico, hoy?**

id:101-15

**Autores:** Pardell H, Gual A, Oriol-Bosch A.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2007;129:17-22. Citas 60. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Artículo basado en un informe que los autores han elaborado para la OMC. Partiendo del análisis de la actual situación de crisis de la profesión médica y de sus retos, se propone la elaboración de un nuevo contrato social, en el que se definan los derechos y deberes de los ciudadanos, el compromiso de la profesión de autorregularse/corregularse y de rendir cuentas a la sociedad, y la obligación del Gobierno de poner los recursos necesarios. A pesar de la situación, son optimistas, siempre que la profesión lidere el cambio en pro de la calidad y la seguridad. Falta hace.

**Vacunas preventivas frente al virus del papiloma humano y cáncer de cérvix.**

id:101-16

**Autores:** Fusté P, Carreras R, López-Yarto MT.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2007;128:735-40. Citas 48. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La infección por virus del papiloma humano (VPH) es un factor necesario pero no suficiente para desarrollar cáncer de cérvix. Recientemente se han desarrollado dos vacunas (una bivalente y otra tetravalente) que previenen la infección persistente por los VPH incluidos en ellas y de lesiones precursoras de cáncer de cérvix (Cc), al menos durante 4-5 años (y es de suponer que prevendrán en torno al 70% de los Cc). En este artículo se hace una revisión de la cuestión, sobre lo que se sabe y lo que no, señalando las posibles ventajas y limitaciones de estas vacunas. De cara a la prevención del Cc, no hay que olvidarse del cribado.

**Tercer documento de consenso sobre el uso de antimicrobianos en la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.**

id:101-17

**Autores:** SEQ, SEPAR, SEMES, SEMG, SEMERGEN, SEMI.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Esp Quimioterap 2007;20:93-105. Citas 95. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Habiendo transcurridos 5 años desde la publicación del 2º consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de la agudización EPOC, y teniendo en cuenta la evolución de las resistencias bacterianas, la incorporación de nuevos antibióticos al arsenal terapéutico, y algunos cambios en la valoración clínica de los pacientes, es de agradecer este 3º consenso. En los pacientes leves-moderados sin co-morbilidad se aconseja tratamiento empírico domiciliario con amoxicilina clavulánico; en los más graves, moxifloxacino o levofloxacino.

**Enfermedad neumocócica invasiva en la población menor de 5 años de edad de Navarra (2000-2005): impacto de la vacuna conjugada.**

id:101-18

**Autores:** Barricarte A, Gil-Setas A, Torroba L, Castilla J, Petit A, Polo I et al.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2007;129:41-5. Citas 30. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Navarra dispone de buenos sistemas de información epidemiológicos, y los utiliza bien, como ya se vio en la crisis de la meningitis. En este trabajo se señala que tras la comercialización de la vacuna neumocócica conjugada heptavalente (VNC7v) la enfermedad neumocócica invasiva ha disminuido un 12%; el 45% de los casos en 2004-2005 habían sido vacunados. Ha existido un importante reemplazo de los serotipos vacunales por otros no vacunales, que neutraliza el efecto de la vacuna. Ello justifica que en Navarra no se recomiende en el calendario infantil (lo que si se ha hecho en Madrid).

**Interrogantes en la introducción de la vacuna frente al virus del papiloma humano en los calendarios sistemáticos.**

id:101-19

**Autores:** Navarro-Alonso JA, Bernal-González PJ, Pérez-Martín JJ.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2007;129:55-60. Citas 50. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Artículo cuyos autores son del Servicio de Prevención y Protección de la Salud de Murcia, en el que se responde a una serie de interrogantes respecto a la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH) de una forma muy positiva, partiendo de que la carga de enfermedad a evitar es elevada, los programas de detección precoz del cáncer de cérvix insuficientes, que la prevención más eficiente es la primaria y que la vacuna reúne los criterios generales para su introducción. En el artículo no hay preguntas ni respuestas respecto al coste, la financiación, ni la posible eficiencia.

**¿Es posible el diagnóstico clínico de la faringoamigdalitis estreptocócica?**

id:101-20

**Autores:** Martín J, Cubillo A, Gómez-Escalonilla N, Garzón J, Benito L, Reyes MN.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2007;39:361-5. Citas 13. MPF.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Abusamos de los antibióticos, y los autores demuestran que no sería difícil disminuir su uso. Hacen un estudio clásico, de validez de los criterios Centor para la amigdalitis aguda (adenopatías cervicales, exudado amigdalár, fiebre y ausencia de síntomas catarrales), con el frotis faríngeo como patrón. Éste dio positivo en 34 (24%) de los 140 pacientes mayores de 14 años que acudieron con dolor de garganta. El valor predictivo negativo es alto, del 81%, lo que ayuda a excluir con seguridad los pacientes que no tienen infección estreptocócica. El valor predictivo positivo es bajo, del 48%, lo que quita seguridad en el uso del antibiótico. Incluso con 3 criterios Centor, el cociente de probabilidad positivo es de sólo 2,03.



### Variabilidad en la prescripción de antibióticos en la provincia de Ávila.

id:101-21

**Autores:** Ripoll MA, Jiménez JJ, Pedraza A.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Esp Quimioterap 2007;20:44-50. Citas 17. MPF.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** España es uno de los países con mayor consumo de antibióticos, y con mayores resistencias bacterianas, con una gran variabilidad entre unas zonas y otras. Hay variabilidad también a nivel provincial, como se demuestra en este trabajo respecto a Ávila, donde existe un consumo elevado, más del doble, en el medio rural (36,6 DHDA frente a 15,4 en el medio urbano), sin que se relacione con la presión asistencial, pero sí con el menor número de habitantes por núcleo de población y por médico. Las diferencias podrían responder a distintas necesidades en salud, pero parece que responden más a hábitos de prescripción del médico (con influencias poblacionales).

### ¿Hacer más o hacer mejor lo que hay que hacer?

id:101-22

**Autores:** Porta M, Hernández I.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Eidón. 2007;24:6-11. Citas 8. MPF.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Las ideas de la prevención cuaternaria van calando, como demuestra este artículo con su llamada para que el sistema sanitario haga el mínimo daño posible con su actividad. El sistema sanitario no debe hacer más cosas, sino hacer mejor, y sólo, lo que está demostrado que vale la pena hacer (actuaciones de eficacia, efectividad y eficiencia bien demostradas. Los autores se centran en las pruebas de cribado, que pese a tener alta sensibilidad y especificidad crean un gran número de pacientes falsos positivos (y de falsos negativos con graves repercusiones). Comentan también sobre el mercado secundario de la salud, de promoción de tantas prácticas "saludables", incontables e incontrolables, sin fundamento científico.

### Prevenção cuaternaria.

#### A prevençao quaternaria contra os excessos da Medicina.

id:101-23

**Autor:** Melo M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Port Clín Geral. 2007;23:289-93. Citas 18. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los peligros de la actividad del sistema sanitario son cada vez más evidentes, y graves, por lo que no es extraño que vaya en aumento la fuerza de la prevención cuaternaria, como demuestra este texto de autor portugués, de Oporto. Pone ejemplos varios, como tratamiento farmacológico de muchos factores de riesgo, excesos del cribaje, excesos de diagnóstico y medicalización de la vida diaria. El autor incluye una lista de actividades preventivas con fuerte fundamento científico, y curiosamente incluye la vacunación cada diez años del tétanos, algo absolutamente absurdo.

### Detección precoz del cáncer de colon en una consulta rural.

#### Detecção oportunística do cancro colo-rectal pelo médico de família.

id:101-24

**Autor:** Okay H.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Port Clín Geral. 2007;23:269-76. Citas 17. MPF.

**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** El diagnóstico precoz del cáncer de colon está en el "candelabro", que diría la otra, y como demuestra el autor, médico rural portugués en Madeiras. En su propia consulta ofreció la prueba de detección de sangre oculta en heces a los pacientes entre 50 y 74 años, que con criterios de exclusión fueron 275. Aceptaron todos menos 5. Dieron positivo 31, de los que 2 rechazaron la colonoscopia. No se encontró cáncer en ninguno de ellos; en 3 hubo pólipos adenomatosos, y en 26 no hubo nada. El valor predictivo positivo para los adenomas fue del 11%. No parece mucho, aunque al autor le satisfizo.

### Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi.

id:101-25

**Autores:** Nebot M, Cabezas C, Marqués F, Bimbela JL, Robledo T, Megido X et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2007;39:285-88. Citas 18. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los profesionales sanitarios andan despistados con la promoción de la salud, confundiéndola con la prevención, y considerando a ambas como casi omnipotentes, de forma que este estudio confirma su deseo de hacer más y más. Es un trabajo con el método Delphi, de encuesta por correo en varias rondas. Los propios profesionales consideran que los problemas son la falta de tiempo, de formación, y sus propias actitudes. En ningún momento sale la cuestión de establecer prioridades y de eliminar tanta y tanta recomendación inútil (y peligrosa).

### Promoción de la salud y responsabilidad de los profesionales.

id:101-26

**Autor:** Segura A.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2007;39:289-90. Citas 6. MPF.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** De nuevo sale a relucir la prevención cuaternaria, en el comentario editorial al artículo precedente, que hace un salubrista barcelonés. El comentario deja claro que la excusa a la falta de tiempo es un simple tópico. También insiste en que no basta con transmitir información. Ni con intervenir (por ejemplo, el 5% del gasto público sanitario se lo llevan los hipolipemiantes e hipotensores, sin que disminuya ni la hipertensión ni la obesidad). Y distingue claramente entre prevención y prevención, lo que dado los tiempos es casi para Premio Nobel. Por último, pone las cosas en su sitio al insistir en que lo importante es la cooperación entre el trabajo del clínico y del salubrista.

### Niveles de evidencia.

id:101-27

**Autores:** Díez B, Arco J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Sendagaiak. 2007;20(2):7-8. Citas 7. MPF.  
**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Los autores son farmacéuticos, del Centro de Información del Medicamento del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya, que publica la revista *Sendagaiak*. En este artículo revisan los códigos con que se califica el grado de confianza que otorgar a los resultados de los distintos estudios. Repasan desde el primero, de los canadienses, a la última propuesta, del *Grading of Recommendation Assessment, Development and Evaluation Working Group* [www.gradeworkinggroup.org/intro.htm](http://www.gradeworkinggroup.org/intro.htm) Como siempre, traducen *evidence* por evidencia y no por prueba. En cualquier caso este breve texto resume muy bien los distintos códigos, y da la información básica para saber más.

### Glitazonas. Un balance beneficio/riesgo desfavorable.

id:101-28

**Autor:** Anónimo.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** El Ojo de Markov. 2007;13(junio):1-2. Citas 4. MPF.  
**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Este texto deja claro que las glitazonas tienen graves inconvenientes, y escasas ventajas. Su introducción se basó en estudios de corta duración y con la hemoglobina glicosilada como factor de éxito. En estudios más largos se ha demostrado la asociación de su uso a la mayor frecuencia de insuficiencia cardiaca tras causar retención de líquidos, con edema periférico de evolución rápida, con aumento de peso y dificultad para respirar. El efecto se potencia en pacientes tratados con AINE. Además, se ha demostrado la asociación del tratamiento con glitazona al aumento de fracturas en mujeres. Lo dicho, que las glitazonas hay que reservarlas, y que la hemoglobina glicosilada dice poco del control global del diabético.

### Tiotropio ¿solo?

id:101-29

#### *Tiotropium in combination with placebo, salmeterol or fluticasone-salmeterol for treatment of chronic obstructive pulmonary disease.*

**Autores:** Aaron SD, Vandemheen KL, Fergusson D, Maltais F, Bourbeau J, Goldstein R et al.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med. 2007;146:545-55. Citas 31. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La EPOC es enfermedad muy limitante, y poco "atrayente". Por consecuencia, frecuentemente los pacientes afectados reciben cuidados de baja calidad, lo que les invalida mucho más de lo que parece. Los autores, canadienses, valoran a lo largo de un año la respuesta al tratamiento de 449 pacientes, tratados bien con tiotropio más placebo bien con tiotropio más salbutamol o salbutamol más fluticasona. El 40% sin esteroides necesitó utilizarlos. Las recidivas no fueron más frecuentes en ningún grupo. El uso de fluticasona se asoció a mejor calidad de vida y menos hospitalizaciones.

### La detección rápida de depresión.

id:101-30

#### *Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care?*

**Autores:** Mitchell AJ, Coyne JC.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract. 2007;57:144-51. Citas 74. JG.  
**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Los pacientes depresivos se nos escapan muchísimas veces, pues generalmente se presentan con síntomas físicos (hasta en el 80% de los casos), y prefieren explicaciones orgánicas a su padecer. Como ayuda práctica, se ha propuesto el uso de cuestionarios breves, de una a cuatro preguntas, para descartar depresión. Los autores, ingleses, hacen una búsqueda bibliográfica y localizan 22 trabajos que hayan considerados la validez del diagnóstico con esos instrumentos. Una sola pregunta identifica tres de cada diez depresivos. Con dos o tres preguntas se identifican a ocho de cada diez depresivos, pero se paga el precio de sospechar depresión en exceso (sólo cuatro de cada diez identificados tiene realmente depresión).

Diabetes

EPOC, asma y alergia

Diagnóstico, arte y práctica



**Prescripción inadecuada de estatinas y factores clínicos asociados.**

id:101-31

**Autores:** Lahoz C, Vicente I, Criado A, Laguna F, Torrecilla E, Mostaza JM.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2007;129:735-40. Citas 48. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Artículo que demuestra la relatividad del tema de la inadecuación según el referente que se utilice. El 90,8% de los pacientes tratados con estatinas lo estaría de forma adecuada si consideramos al menos una de las dos guías estadounidense o europea. En prevención secundaria la adecuación es prácticamente del 100%. Pero en prevención primaria, la inadecuación sería del 79,3% con la guía europea (recomendada por el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular) y del 17,8% con la estadounidense, mucho más intervencionista. Habría que moderar la prescripción de estatinas en prevención primaria.

**El resultado en salud en los ensayos clínicos sobre enfermedad cardiovascular.**

id:101-32

**Problems with use of composite end points in cardiovascular trials: systematic review of randomised controlled trials.**

**Autores:** Ferreira-González I, Busse JW, Heels D, Montori VM, Akl EA, Bryant DM et al.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2007;334:786-9. Citas 5. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Las publicaciones de los ensayos clínicos no son neutrales (nada lo es). En muchas ocasiones, se miden los resultados en salud mezclando cuestiones como muerte del paciente, infarto de miocardio y dolor precordial. Con ello se confunde al lector, pues son cosas con muy diferente importancia. Los autores revisan seis revistas internacionales, año y medio, y localizan 242 ensayos clínicos, de los que analizan a fondo 114. En ellos los eventos muy importantes, como muerte, favorecen menos el resultado esperado (a favor de la intervención) que los eventos de menor gravedad, o anecdóticos. Es decir, la mezcla hace que parezca que hay un mejor resultado global, a costa de mejores resultados irrelevantes. Todo un truco.

# Alerta SEMG



GlaxoSmithKline

Le facilita cualquiera de los artículos reseñados en esta sección

Nombre y apellidos:.....

Centro de trabajo:.....

Dirección:..... CP:..... Provincia:.....

Teléfono:..... Fax:..... e-mail:.....

Indique a continuación el título, primer autor, número de edición de **medicinageneral**, mes y año

titulo	primer autor	nº edición	mes	año	id

Enviar, citando **medicinageneral** - Alerta SEMG, a CIC centro de información GSK - Tel. 902 202 700 e-mail: [es-ci@gsk.com](mailto:es-ci@gsk.com) - Fax 918 070 479

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales recogidos en el presente formulario se incluirán en un fichero cuyo responsable es GlaxoSmithKline, S.A. con domicilio en C/ Severo Ochoa, 2, 28710 Tres Cantos ( Madrid) con la finalidad del envío de artículos de revistas científicas. Usted tiene derecho al acceso, rectificación y anulación de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en sus términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede ejercerlos dirigiéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionado, indicando CIC Centro de información de GSK.