

Antibióticos en infecciones respiratorias no, por favor.

id:104-1

Protective effect of antibiotics against serious complications of common respiratory tract infections: retrospective cohort study with the UK General Practice Research Database.

Autores: Petersen I, Jonson AM, Islam A, Duckworth G, Livermore DM, Hayward AC.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2007, online first. Doi:10.1136/bmj.39345.405243.BE. Citas 22. MARL.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Estudio retrospectivo de cohortes en el que se analizan 3,36 millones de episodios de infecciones respiratorias (IR). Los antibióticos no estarían justificados para disminuir las complicaciones graves en IR altas, dolor de garganta, ni otitis (habría que tratar a más de 4000 para evitar una), pero sí lo estarían en las IR bajas, sobre todo en ≥ 65 años, para disminuir el riesgo de neumonía (habría que tratar 39 para evitar un caso) y en menor medida en los menores de esa edad (96-119 a tratar para evitar un caso). La disminución del uso de antibióticos es posible, pero con precaución en las IR bajas de los ancianos.

Estudio de multirresistencia antibiótica de *Escherichia coli* en urocultivos.

id:104-2

Autores: Caro MR, Hernando S, Carrero P, García S.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;129:409-11. Citas 11.
Calificación: Bueno.

Comentarios: La mayoría de infecciones urinarias en atención primaria están producidas por *E. coli* y se tratan de forma empírica. De ahí el interés de conocer su resistencia para tratarlo adecuadamente. En Segovia el 57% de cepas de *E. coli* es resistente a ampicilina, el 31% a trimetoprim-sulfametoxazol y el 23% a ciprofloxacino (y con frecuencia a los tres), por lo que no deberían utilizarse empíricamente. Los antibióticos con mejor actividad frente a *E. coli* son fosfomicina, amoxiclavulánico, cefalosporinas de 2ª y 3ª generación, y aminoglucósicos (sin olvidar la nitrofurantoína).

Prescripción de antibióticos y co-morbilidad.

id:104-3

Is co-morbidity taken into account in the antibiotic management of elderly patients with acute bronchitis and COPD exacerbations?

Autores: Bont J, Hak E, Birkhoff CE, Hoes AW, Verheij TJM.
Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract. 2007;24:317-22. Citas 34. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Empleamos los antibióticos a mansalva, con la resistencia bacteriana como eco a esta actividad humana salvaje. Se demuestra una y otra vez, y lo vuelven a demostrar en este trabajo holandés. Parten de una base de datos de 58.000 pacientes de 35 médicos generales. En siete años se diagnosticó en los mayores de 65 años 2643 episodios de bronquitis aguda y de reagudización de EPOC. Se empleó antibiótico en el 84% de las bronquitis agudas, y en el 53% de los EPOC. En este caso se emplearon los antibióticos con más frecuencia en los varones, en pacientes con diabetes, y en pacientes con insuficiencia cardíaca. Los casos de bronquitis aguda recibieron antibióticos indiscriminadamente.

Más consultas y más antibióticos a los niños de padres más preocupados por las infecciones.

id:104-4

More physician consultations and antibiotic prescriptions in families with high concern about infectious illness. Adequate response to infection-prone or self-fulfilling prophecy?

Autores: André M, Hedin K, Hakansson A, Molstad S, Rodhe N, Petersson C.
Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract. 2007;24:302-7. Citas 23. JG.
Calificación: Excelente.

Comentarios: La prescripción en general, y la prescripción de antibióticos en particular, tiene poco que ver con la enfermedad en sí, con su gravedad y pronóstico. En este trabajo sueco se sigue un mes a niños de 18 meses que han asistido a la revisión del niño sano. Participaron 954 familias (de las 1.140 contactadas). Se estudia la percepción de enfermedad, la creencia en la tendencia a las infecciones, las consultas al médico, y la prescripción de antibióticos. Se consulta más y se reciben más antibióticos cuando la familia tiene alta preocupación por las infecciones y cree en la eficacia de los antibióticos.

Mantenimiento de la cadena del frío para las vacunas: una revisión sistemática.

id:104-5

Autores: Ortega P, Astasio P, Alvadalejo R, Aráosla P, Villanueva R, de Juanes JR.
Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2007;21:343-8. Citas 29. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Las vacunas han contribuido de forma muy importante a la salud de la población. Cada vez disponemos de más y mejores vacunas (y más caras), cuya incorporación a los calendarios vacunales no está exenta de controversia. No hay que olvidar que una vacuna, por buena que sea, puede perder su efectividad si no se mantiene adecuadamente la cadena del frío. Y eso es lo que parece que ocurre con frecuencia según esta revisión sistemática de publicaciones entre 1990-2005. Así que además de aprobar e incluir vacunas en los calendarios, habrá que mejorar todos los aspectos con ellas relacionados.



La vacuna contra el virus del papiloma humano desde el punto de vista de la atención primaria en España.

id:104-6

Autor: Gérvas J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Mujeres y Salud. 2007;22:20-23. Citas 0. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: El autor revisa los planes de las CCAA y del Ministerio para la inclusión en el calendario de la vacuna contra el virus del papiloma humano. La vacuna en sí misma es eficaz, aplicada en mujeres sin infección previa. Pero lo que se discute es su utilización en salud pública, para la mejora de la salud de la población. En este caso las cosas no están tan claras, especialmente en un país con una prevalencia tan baja de cáncer de cuello de útero. Lo lógico sería esperar a ver la evolución en otros países desarrollados que están vacunando, y mientras tanto promocionar los programas de cribado entre las mujeres pobres y promiscuas (las que hoy no se hacen las citologías y son las que más la necesitan).

Salud pública y vacuna contra el virus del papiloma humano.

id:104-7

Challenges of implementing human papillomavirus (HPV) vaccination policy.

Autor: Raffle AE.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;335:375-7. Citas 25. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los programas de cribaje del cáncer de cuello de útero se han impuesto sin pasar por la criba de los ensayos clínicos. La autora los defiende como útiles, aunque reconoce esta carencia (y algunos problemas, sobre todo el sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento consiguiente). Respecto al programa de vacunación contra el virus del papiloma humano, insiste en la complejidad del asunto, reconoce que los estudios con todo tipo de mujer y todo tipo de lesión dan una eficacia del 17% y que si la vacunación masiva es sólo un "añadido" la opción es un despilfarro de recursos. Pues eso es lo que tenemos en España.

El rechazo de los padres a la vacuna contra el virus del papiloma humano.

id:104-8

Human papillomavirus vaccination programmes.

Autor: Lo L.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;335:357-8. Citas 0. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La vacuna contra el virus del papiloma humano supone que la promiscuidad sexual es la regla, no la excepción. Se refiere, además, a una conducta, y una conducta sujeta a muchas convenciones sociales, culturales y religiosas. No es de extrañar que muchos padres tengan dudas respecto a su aplicación en niñas de edad muy alejada del inicio de la actividad sexual. En este editorial se comenta el artículo previo de Raffle A, pero curiosamente se centra casi en exclusiva en el problema del rechazo por los padres. Desde luego, la mejor opción es la española, de no hacerla obligatoria.

Tendencias de la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión e hipercolesterolemia en España (1997-2003).

id:104-9

Autores: Basterra-Gortari FJ, Bes-Rastrollo M, Seguí-Gómez M, Forga LI, Martínez JA, Martínez MA.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med. 2007;356:1991-3. Citas 12. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Según los resultados de este estudio, realizado a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud, aumentan algunos problemas de salud. Entre 1997 y 2003, la obesidad pasa del 11,9% al 13,3%; la diabetes del 5% al 5,9%, la hipertensión arterial del 11,4% al 14,5% y la hipercolesterolemia del 8,2% al 10,5%. Teniendo en cuenta que esta prevalencia se refiere a la autodeclarada por los encuestados, la creciente medicalización de la sociedad, la disminución de cifras en los criterios diagnósticos, etc. habría que saber si esas prevalencias reflejan peor estado de salud o más etiquetas y preocupación (cada vez catalogamos a más personas de enfermos).

Reducción de la morbilidad cardiovascular tras un episodio cardiovascular agudo mediante el tratamiento intensivo de los factores de riesgo (proyecto MIRVAS).

id:104-10

Autores: Moreno MA, Ciria C, Ibáñez P, Sánchez C, Pizarro A, Suárez C.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;129:241-6. Citas 16. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: El margen de mejora en prevención secundaria de los pacientes que han sufrido un episodio cardiovascular previo es alto, según se demuestra en este estudio, en el que se obtiene un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular (dieta, ejercicio, TA, LDLc, hemoglobina glicada, etc) y una menor morbilidad mediante un tratamiento y seguimiento intensivo en una consulta especializada, frente al manejo habitual. Esto lleva a los autores a recomendar una mayor adecuación a las guías y la implantación de consultas específicas. ¿Es que no somos capaces en atención primaria de hacerlo mejor, sin consultas "especializadas"?

Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions y los resultados de la atención primaria.

id:104-11

Autor: Caminal J.
Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2007;39:525-34. Citas 6. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: La autora, barcelonesa, es una autoridad mundial en la aplicación de las ACSC (*Ambulatory Care Sensitive Conditions*), y en este artículo hace una revisión breve de su utilización. Las ACSC son problemas de salud cuyo correcto seguimiento puede evitar el ingreso hospitalario por los mismos. Por ejemplo, tétanos, coma diabético, insuficiencia cardiaca descompensada. Naturalmente, las ACSC se pueden emplear para medir la efectividad de la atención primaria, pero con ciertas limitaciones. Así, su aplicación exige un mínimo, tipo centro de salud, y en los modelos matemáticos debe considerarse la tasa de riesgo, la función de supervivencia y la función de densidad de probabilidad.

Algunas reflexiones sobre la atención primaria en España.

id:104-12

Autor: Martín Zurro A.
Revista/Año/Vol./Págs.: Eidón. 2007;25:6-11. Citas 0. MMP.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Da gusto leer a uno de los "gurús" de la atención primaria española y poder identificarte con sus palabras. En este texto se hace una revisión positiva pero de las propuestas de cambio se deduce una crítica. Por ejemplo, a los equipos y centros, al reivindicar la figura del médico y de la enfermera personal. También al proponer órganos de participación ciudadana que tengan capacidad decisoria. El artículo es muy interesante en general, pues transmite una filosofía que es imprescindible si se quieren cambiar las cosas para bien. Por ejemplo, respecto a la rigidez de las consultas y sus horarios. También respecto al papel de los pediatras (que deberían pasar a médicos consultores) y de las enfermeras (que tendrían que centrarse en la atención a domicilio).

Perspectivas organizativas de la atención primaria: ¿en el asiento del conductor o repartiendo billetes?

id:104-13

Autor: Minué S.
Revista/Año/Vol./Págs.: Eidón. 2007;25:12-18. MMP.
Calificación: Excelente.

Comentarios: El autor trabaja en la Escuela de Salud Pública de Granada, y en este texto hace una revisión descarnada sobre la atención primaria española. Entre otras cosas no coloca en el autobús que se supone deberíamos conducir (símil de R. Saltman, Ana Rico y W. Boerma) y demuestra que vamos de expendedores de billetes para que los pasajeros (pacientes) accedan al sistema (autobús). Un papel bien triste que deberíamos cambiar, aunque no es fácil, pues la tendencia española es a introducir más decisiones jerárquicas en la primaria (acuerdo sindicales "para todos", protocolos idem, etc.). Propone el autor, incluso, el trabajo independiente del médico de cabecera. Algo está cambiando en España.

Motivar a médicos de familia: una cuestión de confianza.

id:104-14

Autor: Simó J.
Revista/Año/Vol./Págs.: Eidón. 2007;25:19-25. Citas 19. MPF.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Los mecanismos de control habituales fallan en atención primaria, dice el autor, alicantino. Sobran jerarquía, burocracia, e incentivos, y falta cultura de desarrollo ético y humano. Conviene pasar del reglamento (regulación minuciosa de la acción) al valor (orientación general de la acción). Los directivos tienen dificultades para entender la pérdida de eficacia de los mecanismos de control, y no tienen en cuenta el autocontrol espontáneo profesional, lo que llamamos dedicación. Se necesitan directivos que confíen en sus profesionales, de forma que los mecanismos de control externos sean los mínimos. El autor nos habla, al tiempo de lo que vivimos y de un mundo nuevo.

Diferencias de pago, y de comportamiento. Equal pay for equal work? Not for Medicaid doctors.

id:104-15

Autor: Anónimo.
Revista/Año/Vol./Págs.: Health Letter. 2007;23(10):1-4.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Uno esperaría que se pagase según la carga de trabajo, y la capacidad de resolución del mismo. Pero no es así en ningún lado. Por ejemplo, en España se paga sostenidamente bien (el sueldo) por hacerlo mal (llegar tarde, prescribir innecesariamente antibióticos, y demás). Este texto se refiere a EEUU, a las diferencias de pago según se atiende a un paciente cubierto por Medicaid (seguro que cubre a los pobres, variable según cada Estado), o por Medicare (seguro que cubre a los ancianos, más homogéneo, global para todo el país). En general, con Medicaid se cobra 0,69 dólares por lo mismo que en Medicare se cobra un dólar. Con ello se provoca un rechazo a los pacientes de Medicaid. En este trabajo se dan cifras y ejemplos concretos, muy ilustrativos, pues las variaciones son enormes entre Estados.

**La carrera profesional. 18 formas de tratar a los médicos.**

id:104-16

Autor: San Segundo G.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Medical Economics. 2007;4:22-29. Citas 0. JG.**Calificación:** Informativo.

Comentarios: Tener CCAA da flexibilidad y proximidad a las organizaciones, pero también crea problemas específicos. Especialmente, si las CCAA no se coordinan, como sucede respecto al sistema sanitario. En este texto se consideran en euros las diferencias entre CCAA respecto a la carrera profesional. Al final ésta ha resultado ser una forma encubierta de aumento de sueldo, de forma que vale la pena leer las propuestas en dinero. Así, las cosas varían para el nivel máximo entre los 13.500 euros anuales en Madrid, y los 8.200 en Canarias. Para el nivel inferior va de los 4.100 euros en Madrid, a los 2.640 en Extremadura. Como curiosidad, los niveles son reversibles sólo en Andalucía y Asturias.

Falta de impacto en salud de la continuidad en diabéticos.

id:104-17

Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus.**Autores:** Gulliford MC, Naithani S, Morgan M.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Fam Pract. 2007;24:245-51. Citas 27. JG.**Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: Solemos aceptar que la continuidad de cuidados tiene grandes ventajas, pero en ello hay mucho de creencia, y hay que demostrarlo. En este trabajo inglés, en Londres, se seleccionan 553 pacientes diabéticos de 52 consultorios, a los que se entrevista a domicilio. Acceden a participar 209, y se logra re-entrevistar a 177 a los 43 meses, de media. La edad fue de 65 años de media, y fueron mujeres el 50%. Miden la continuidad de la atención con unas cuestiones específicas para diabetes. Demuestran más satisfacción del paciente con mayor continuidad, pero no hay mejoras ni en la hemoglobina glicosilada, ni la tensión ni en el peso.

Retrasos en el proceso de derivación por cáncer de mama. / Referral patterns, cancer diagnosis, and waiting times after introduction of two week wait rule for breast cancer: prospective cohort study.

id:104-18

Autores: Potter S, Govindarajulu S, Shere M, Braddon F, Curran G, Greenwood R et al.**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2007;335:288-90. Citas 13. JG.**Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: Derivar es la actividad más cara que puede emprender el médico general. Sin embargo, la preocupación respecto al gasto recetar, y dar la baja. Por ello, quizá, seguimos sabiendo poco sobre la derivación. Los autores, ingleses, añaden mucho a nuestro conocimiento con un estudio a partir de un servicio de cáncer de mama, durante siete años. Demuestran un incremento anual de las derivaciones del 9%, sin aumento del número de cánceres diagnosticados por año (263). Cuando se introdujo un sistema de derivación rápida, la mayoría de los cánceres aparecían en el mismo, pero la irse "saturando" esa vía de acceso rápida (han crecido el 42% las derivaciones), los cánceres se han ido acumulando en la vía de rutina (que cada vez es más lenta, y han decrecido un 24% las derivaciones). Un desastre.

La derivación "rápida" y sus paradojas.

id:104-19

Fast track referral for cancer.**Autores:** Jiwa M, Saunders C.**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2007;335:267-8. Citas 11. JG.**Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: La atención primaria es un sistema complejo, de forma que si tocas una tecla no sabes muy bien qué pasará, y en general lo que pasa es que el sistema se reajusta y no pasa nada. Los autores de este editorial comentan el texto anterior sobre el atasco en las listas de espera para el diagnóstico de cáncer, y destacan esa complejidad que se quiere negar, pero es evidente en sus consecuencias. En el caso de la introducción del sistema de derivación rápida, la consecuencia final es el retraso del diagnóstico de cáncer, justamente lo que se trataba de evitar. Al cabo del tiempo hay más mujeres con cáncer de mama en la lista más lenta. Todo ello por querer dar respuestas simples a problemas complejos.

Ejemplos de enfermedades provocadas por los medicamentos.

id:104-20

Drug-induced diseases.**Autor:** Anónimo.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Worst Pills Best Pills News. 2007;13:65-6. Citas 0. JG.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: Como dicen en mi pueblo, "lo que es bueno para el bazo es malo para el espinazo". Y gran razón tienen. El artículo comentado contiene unos excelentes ejemplos, con cifras estadounidenses, de problemas de salud provocados por los propios medicamentos. Así, cada año en EEUU se producen 32.000 fracturas de caderas por caídas atribuibles a medicamentos (tranquilizantes, ansiolíticos, antipsicóticos), que conllevan 1.500 muertes. Dos millones de ancianos estadounidenses son adictos a psicofármacos por el exceso de uso de tranquilizantes (por más de un año) o de somníferos (por más de un mes). 61.000 ancianos tiene parkinsonismo inducido por fármacos antipsicóticos.

Prevención primaria con estatinas en diabéticos.
id:104-21
Autores: Bosch M, Danés I.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;129:314-16. Citas 16. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: No todos los diabéticos deben tomar estatinas, a pesar de que algunos lo recomienden, según este artículo de la sección de Preguntas y Respuestas en Farmacología Clínica de *Medicina Clínica*. Y parece muy lógico. Las debemos reservar para los que, teniendo en cuenta todas sus características, posean un riesgo cardiovascular elevado. El abordaje del riesgo cardiovascular debe ser global, priorizando la dieta, los estilos de vida saludables, abandono del tabaco, control estricto de la tensión arterial y optimización del control glucémico. Los diabéticos merecen lo mejor, que no siempre son estatinas.

Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española.
id:104-22
Autores: Valdés S, Rojo-Martínez G, Soriguer F.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;129:352-5. Citas 31. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Tradicionalmente se consideraba que la prevalencia de diabetes tipo 2 era del 5-6%. En los estudios locales/regionales españoles de los últimos años, se dan cifras que varían del 5,5% (Cerdaña, 1994) al 18,7% (Guía, Gran Canaria, 2001), pero con tendencia a aumentar, en lo que influyen los cambios de criterios diagnósticos, el envejecimiento, la menor mortalidad en diabéticos, y la mayor incidencia. Los autores de este trabajo estiman que la prevalencia actual en España es del 10-15% de la población adulta; consideran necesario un buen estudio nacional y medidas drásticas frente a la obesidad y el sedentarismo creciente.

Evaluación de un protocolo de control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos atendidos en atención primaria.
id:104-23
Autores: Gosalves V, Bonet A, Sanchís C, Fornos A, Fluixá A, Fluixá C, Ajenjo J et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2007;39:557-63. JG. Citas 32. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los factores de riesgo se han convertido en un riesgo para la salud, dado el énfasis con que se pretende controlarlos, casi a cualquier coste, y con resultados pobres o nulos. Buena muestra es este trabajo valenciano en que se hizo un ensayo clínico con 60 médicos de 17 centros de salud. Se comparó un protocolo de actuación "agresivo", con la práctica habitual. En 188 diabéticos, seguidos durante un año. La intervención consistió en recomendar medidas de tratamiento no farmacológico, y en un mayor rigor en la medicación. Al final, las diferencias entre los dos grupos son menores, sin relevancia ni siquiera estadística.

Diagnóstico precoz de diabetes en pacientes con factores de riesgo.
id:104-24
Identifying people at risk for underdiagnosed type 2 diabetes using the GP's electronic medical record.
Autores: Klein EP, Grauw WJC, Germen EH, Hoogen JM, Lisdonk EH, Metsemakers JFM et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract. 2007;24:230-6. Citas 26. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Hay cosas que se pueden hacer, pero no se deben. Por ejemplo, el cribaje de diabetes, pues no se sabe si añade beneficio alguno al paciente así diagnosticado. En este trabajo holandés se ignoran estas consideraciones, y se pasa a hacer determinaciones de glucemia en ayunas en aquellos pacientes localizados por varias características, a partir de la historia clínica electrónica (obesidad, hipertensión, otra patología cardiovascular, empleo de algunos medicamentos como diuréticos, etc.). Falta mucho registro de obesidad y de antecedentes familiares. Tiene diabetes el 6% de la muestra (de 13.581 adultos, de 11 consultorios, con 25 médicos generales).

Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio del medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe.
id:104-25
Autores: Gervás J, Starfield B, Minué S, Violán C, Seminario Innovación Atención Primaria 2007.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2007;39:615-8. Citas 28. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los héroes a los que se aluden en este texto son esos miles de médicos generales/de familia que intentan hacerlo bien, que se sobreponen al ambiente derrotista y de queja y trabajan con ilusión, ofreciendo a sus pacientes calidad y cantidad apropiadas. En el texto se analiza el escaso interés del contenido actual de la práctica clínica, llena de naderías (actividades preventivas sin fundamento, re-cita de pacientes bien controlados, etc.) y de burocracia (justificantes y certificados de todo tipo, recetas y bajas, etc.). Presiona, además, la "soberanía del consumidor", el afán individualista desmedido, y la falta de cooperación con otros sectores, como salud pública y servicios sanitarios. No es de extrañar la falta de prestigio, que se recuperará con un médico polivalente preocupado al tiempo por la población y el paciente.



**La seguridad de la píldora.
Risk of cancer and the oral contraceptive pill.**

id:104-26

Autores: Meirik O, Farley TMM.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;335:621-2. Citas 10. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Los firmantes de este editorial comentan el artículo previo, sobre el estudio del *Royal Collage of General Practitioners* de seguimiento de las mujeres que tomaban la píldora. En conjunto se demuestra que no hay cambios en la incidencia del cáncer por el uso crónico de la píldora. Para poderlo decir con certeza se han seguido 45.950 mujeres durante una media de 24 años, y el estudio ha durado casi 40 años, desde 1968 hasta 2004. Curiosamente, la píldora sigue usándose igual que entonces, mayoritariamente por mujeres jóvenes, y sobre todo entre 20 y 24 años de edad. Dado el ligero aumento del cáncer de cuello de cervix en las mujeres que toman (o tomaron) la píldora, estaría más indicado en ellas la citología.

**Cuarenta años de seguimiento de la píldora.
Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioners' oral contraception study.**

id:104-27

Autores: Hannaford PC, Selvaraj S, Elliot AM, Angus V, Iversen L, Lee AJ.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;335:651-4. Citas 13. MPF.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Este ejemplo es muy estimulante, pues se basa en la continuidad de la atención, una característica básica de la Medicina General. Los firmantes aprovechan los datos del estudio que promovió el RCGP inglés, por el cual los médicos generales empezaron en mayor de 1968 el seguimiento de 46.000 mujeres, la mitad en tratamiento anticonceptivo con la píldora. En 1996 terminó el registro, pero se han obtenido datos de mortalidad hasta 2004, icasi 40 años de seguimiento! Los datos demuestran claramente que la píldora no aumenta intensamente el riesgo de ningún cáncer; se incrementa la incidencia del cáncer de cervix, y del sistema nervioso central y disminuye la de cuello de útero y de ovarios, entre otros.

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

título	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 - Fax 918 070 479

En cumplimiento de la Ley Organica 16/1999 de 13 de diciembre de protección de Cartas 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. 28760 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 ejercitarlos dirigiéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionado. Indicando CIC Centro de Información de GSK*.