



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

Cálculos, estadísticas, porcentajes...PIB, PAM, PUM.

id:96-1

Autores: Grupo de Análisis Sanitario de la SEMG.

Revista/Año/Vol./Págs.: Medicina General 2007;92:8-10. Citas 0. MARL.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Artículo de la sección de "A fondo", en el que se aportan numerosos datos de la realidad sanitaria española, comparada con países de nuestro entorno: menor porcentaje de PIB para sanidad, menos camas hospitalaria, mayor número de médicos (con menos sueldo), más visitas, mayor frecuentación y menor tiempo de consulta, 2/3 de altas hospitalaria accedieron por urgencias, 1/3 de admisiones a hospital por urgencias es en horario laboral de AP, etc. Parece que hay muchas cosas que cambiar. Esperemos que no se tarde mucho.

Mejora del proceso, sin cambios en el resultado.

id:96-2

Improving the management of chronic diseases at community health centres.

Autores: Lando BE, Hicks LS, O'Malley AJ, Lieu TA, Keegan T, McNeil B, Guadagnoli E.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2007;356:921-34. Citas 35. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Aceptamos que la mejora del proceso de atención se sigue de la mejora en el resultado sanitario. No sucede así en este interesante trabajo gringo, en centros comunitarios de asistencia a pobres y marginados. Las normas para mejorar la atención a pacientes con diabetes, asma o hipertensión logran mejorar el proceso de atención de la diabetes y el asma. Pero no se traduce en mejoras tangibles, tipo menos hospitalizaciones por asma o mejor control de la hemoglobina glicosilada, o mejor control de la hipertensión.

De la calidad al beneficio (clínico).

id:96-3

Performance measurement in search of a path.

Autor: Hayward RA.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2007;356:951-3. Citas 16. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: La calidad se mide por normas. Las normas las establecen los expertos. Los expertos no son neutrales. Los expertos piden imposibles, sin fundamento científico. Así, el editorialista al comentar el artículo previo, deja claro que el agobio de "no se cumple el 50% de las recomendaciones para una buena atención clínica" se calma mucho al saber que la mayoría de tales recomendaciones tienen poco sentido clínico. Como siempre, mejora lo que se mide. Se mide lo fácil y lo que recomiendan los expertos. Y en ello hay poco interés, poco beneficio clínico.

La diplomacia y la salud.

id:96-4

Global health diplomacy; the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health.

Autores: Kickbush I, Silberschmidt G, Buss P.

Revista/Año/Vol./Págs.: Bull WHO 2007;85:230-2. Citas 5. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Puesto que las cuestiones de salud se han vuelto globales en muchos campos, necesitamos que en el manejo de los asuntos internacionales se sume la diplomacia, que antes buscaba extender poder y ahora debería buscar seguridad, incluyendo seguridad sanitaria. Los autores examinan los casos brasileño y suizo para demostrar cómo se han implicado aspectos diplomáticos en cuestiones como los medicamentos para el SIDA (Brasil) o la respuesta a las crisis sanitarias internacionales (Suiza).

Reivindicación de la Medicina General.

id:96-5

Family Medicine's identity: being generalists in a specialist culture?

Autor: Stein HF.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Fam Med 2006;4:455-9. Citas 14. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La especialización es un fenómeno social, como destaca el autor, antropólogo gringo. Es fácil, pues, caer en la tentación de transformar todo profesional en un especialista, en un experto en algo. Se obtiene así el reconocimiento social. Pero en el camino se deja mucho, desde una identidad a una falsedad. Es decir, no se centra uno en lo que debiera, y dice una cosa y hace otra. La ideología está por encima de la práctica, lo que no deja de asombrar a los residentes, que abandonan una especialidad tan absurda y tan mal definida.

Siete pasos para salvar a los médicos de primaria.
Saving primary care.

id:96-6

Autor: Reuben DB.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med 2007;120:99-102. Citas 21. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En los EEUU se están quedando sin médicos de primaria, y el autor se pregunta el porqué y el cómo evitarlo. Destaca el problema del pago por acto (que premia la cantidad y no la calidad) y de la repercusión del trabajo en la vida (poco controlable si una se dedica a la primaria, tanto en el trabajo, por la incertidumbre, como fuera del mismo, por la carga de preocupaciones). Propone siete pasos para mejorar la atracción de la atención primaria, con los que se puede estar en desacuerdo pero hacen pensar.

El ejercicio de la autoridad sanitaria: los principios, lo reglamentado y la incertidumbre.

id:96-7

Autores: Villalbí JR, Cusí M, Caylà JA, Duràn J, Guix J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2007;21:172-5. Citas 11. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Los autores, de la Agencia de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona, escriben un texto valiente, en tiempos en que se equipara "autoridad" a "abuso democrático". Es una aberración que equipara democracia a libertinaje, a ausencia de poder coercitivo. En esto texto se deja claro que hay situaciones en que es necesario ejercer la autoridad en nombre de la salud pública, con todos los problemas de incertidumbre que conlleva. Y si se hace bien, ejercer la autoridad sanitaria es un ejercicio democrático.

La observación, mejor que la auto-declaración de tiempos.

id:96-8

A comparison of self-reported and observational techniques for measuring time in nursing samples.
Autores: Ampt A, Westbrook J, Creswick N, Mallock N.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2007;12:18-24. Citas 30. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: No sabemos muy bien cómo empleamos el tiempo los profesionales sanitarios. Para estudiar la distribución de las tareas en el tiempo se puede emplear la auto-observación (registro de tareas y tiempos por el mismo profesional) o la observación por un tercero. En ambos casos se puede producir el efecto Hawthorne (modificación de la conducta por la observación). En este trabajo australiano, con nueve enfermeras hospitalarias se demuestra que lo mejor es la observación por un tercero.

Resistencia a los antibióticos.

id:96-9

Effect of azithromycin and clarithromycin therapy on pharyngeal carriage of macrolide-resistant streptococci in healthy volunteers: a randomised, double-blind, placebo-controlled study.
Autores: Malhotra-Kumar S, Lammens C, Coenen S, Van Herck K, Goossens H.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2007;369:482-490. Citas 39. MARL.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Se conocía la asociación entre consumo de antibióticos y resistencia bacteriana, pero no se había demostrado su efecto causal a nivel individual, que es lo que se hace en este trabajo: tras un curso de tratamiento en sanos con macrólidos, se observa que los estreptococos de la flora oral desarrollan rápidamente mecanismos de resistencia, que perduran hasta pasados 6 meses (más frecuente cuanto menor edad). La mejor manera de combatir las resistencias es moderando el uso de antibióticos.

Cambios en las coberturas vacunales antigripales en España entre los años 2001 y 2003.

id:96-10

Autores: Vázquez-Fernández S, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Gil A, Jiménez-García R.

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2007;21:10-7. Citas 35. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La cobertura vacunal antigripal en España aumentó entre 2001 y 2003 del 19,3% al 22,1%, con importantes diferencias entre comunidades autónomas: mínimo del 16,2% en Canarias y máximo en Castilla y León con 27,7% (en 2003). Diferencias que también se observan en la población de riesgo (40,3% de vacunados en Canarias frente al 65,7% de Extremadura) y en los mayores de 65 años (53% en Canarias, 74,9% en Extremadura). Diferencias que quizá reflejen aspectos estructurales y de prioridades entre las comunidades autónomas (como en tantas otras cosas).


Evaluación del Programa Piloto de Dispensación de Medicamentos en Dosis Personalizada en Galicia.

id:96-11

Autores: Pombo J, Portela M, Vizoso JR, Tasende M.
Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2007;21:18-24. Citas 6. MARL.
Calificación: Bueno.
Comentarios: En 2003-2004 se llevó a cabo un programa piloto de dispensación de antibióticos en dosis personalizada en Galicia, con el fin de evitar unidades sobrantes. Según este artículo supondría un ahorro económico de casi el 30%. Pero no se tienen en cuenta los costes del programa, ni sus riesgos, ni se evalúa el impacto real en los pacientes. Parece que la alternativa de adaptar los envases de antibióticos a los tratamientos para los que se suelen indicar sería mucho más fácil y económica. De hecho, se ha avanzado bastante en este camino.

Medición de los trastornos crónicos en un mismo individuo como predictores de mortalidad.

id:96-12

Autores: Rius C, Pérez G.
Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2006;20(Supl 3):17-26. Citas 36. JG.
Calificación: Muy bueno.
Comentarios: Los problemas nunca vienen solos. Tampoco en el campo sanitario. De ahí la importancia de la co-morbilidad. Las autoras utilizan los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña, de 1994 a 1998, cruzados con datos de mortalidad. Demuestran que la multimorbilidad (total de problemas de salud) no se asocia a más morbilidad. Que la co-morbilidad (otros problemas de salud en un paciente con una enfermedad concreta) asociada a embolia pulmonar aumenta la mortalidad. Y que índice de co-morbilidad (indicador que valora la gravedad de los distintos problemas de un paciente) predice la mortalidad. Un trabajo elegante.

Especialistas y generalistas ante los genéricos. Underuse of generis medications.

id:96-13

Autor: Kravitz RL.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2007;46:107-8. Citas 19. JG.
Calificación: Excelente.
Comentarios: Los médicos generales nos diferenciamos en mucho de los especialistas. Cuando se compara el trabajo entre ambos, los especialistas ganan en sus estrechos campos. Pero cuando se comparan cuestiones como resultados globales en salud, o calidad de vida, los generalistas ganamos (y los pacientes, claro). En este editorial se comenta un artículo en el mismo número sobre prescripción de genéricos. Los generalistas prescribimos más genéricos. Eso es importante para el coste, y para la salud (los genéricos son medicamentos más conocidos y experimentados). Además, si tenemos en cuenta el co-pago, eso hace que la prescripción sea más barata para el paciente, y que haya más cumplimiento.

Nueva propuesta de clasificación de hemorragias como efecto adverso. Assessment of bleeding events in clinical trials. Proposal of a new classification.

id:96-14

Autor: Serebruany VL, Atar D.
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Cardiol 2007;99:288-90. Citas 14.
Calificación: Muy bueno.
Comentarios: En general, los médicos somos poco dados a utilizar, y los médicos generales menos. Por eso conviene que los métodos que empleamos sean simples y directos. Pues bien, la clasificación que proponen en este texto un gringo y un noruego cumple con esos presupuestos. La llaman *Bleedscore*, y permite clasificar los episodios de sangrado provocados por medicamentos anticoagulantes o antitrombóticos. Son tres niveles de hemorragia: a/ superficial (petequias y demás), b/ interna (hematomas, hematuria y demás), y c/ alarmante (intracaneal, que requiere transfusión y demás).

El abuso de alcohol y otras drogas, un problema familiar. The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems.

id:96-15

Autores: Ray GT, Mertens JR, Weisner C.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2007;45:116-22. Citas 26. JG.
Calificación: Muy bueno.
Comentarios: La co-morbilidad no es solo personal, pues afecta a la familia. Lo demuestran los autores, gringos de California, de la Kaiser Permanente. Localizan los pacientes con problema de abuso de alcohol y/o otras drogas (con exclusión de tabaco). Y después estudian el uso sanitario de los miembros de su familia. El gasto de estos es mayor que el de otros miembros en familias sin un caso índice. Y, lo que es peor, además del mayor gasto hay más probabilidad de encontrar diagnósticos de abuso de drogas y de depresión en los miembros de las familias con un caso índice.

Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica.

id:96-16

Autores: Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B y Grupo Colaborativo de la SEEDO.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;128:184-96. Citas 117. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) periódicamente revisa el tema de la obesidad en España, en lo que se refiere a epidemiología, aspectos diagnósticos y de clasificación, consecuencias, manejo terapéutico, etc. En este consenso 2007 se habla de una prevalencia del 13,9% en niños, 15,5% en adultos y 35% en mayores de 65 años, asociada frecuentemente a comorbilidad (diabetes, dislipemias, hipertensión, etc). Como objetivo terapéutico, no tanto alcanzar el peso ideal, sino conseguir incluso pequeñas pérdidas de peso, mantenidas a largo plazo.

Los médicos generales alemanes aciertan sin tablas de riesgo cardiovascular.

id:96-17

Primary prevention of cardiovascular diseases by lipid-lowering treatment in German general practice: results from GPS ignoring guidelines and risk calculators.

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Gen Pract 2007;13:27-34. MPF.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Participaron en este estudio 26 médicos generales alemanes (el 7% de los invitados), con los datos anónimos de sus pacientes hiperlipémicos. Los autores, de la Universidad de Dusseldorf, valoraron la adecuación de la prescripción de hipolipemiantes según una guía gringa y otra europea. Reciben tratamiento y lo necesitan, respectivamente a cada guía, el 89 y el 38%. No necesitan tratamiento y no lo necesitan, el 54 y el 89%. Es decir, los médicos se adecuan más cuando prescriben a la guía gringa, y cuando no prescriben, a la guía europea.

La tabla de riesgo Reynolds, para mujeres.

id:96-18

Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women.

Autores: Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR.
Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2007;297:611-9. Citas 45. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: En este trabajo se han empleado datos del *Women Health Study*, en EEUU para deducir una tabla de riesgo cardiovascular útil en las mujeres. Emplearon la información del seguimiento de 24.558 mujeres sanas durante diez años para valorar 35 factores de riesgo cardiovascular. Con dos tercios del total definieron la tabla de riesgo, y con un tercio la validaron. En el modelo simplificado consta edad, tensión arterial sistólica, hemoglobina glicada (si hay diabetes), tabaquismo, HDL colesterol, PCR, e historia de infarto de miocardio antes de los 60 años en los padres. La tabla de riesgo Reynolds está en www.reynoldsriskscore.org

Mejora en la predicción del riesgo con la tabla Reynolds.

id:96-19

Futher improvements in CHD risk prediction for women.

Autores: Blumenthal RS, Michos ED, Nasir K.
Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2007;297:641-3. Citas 22. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Los autores comentan en este editorial el texto previo, sobre la tabla de riesgo Reynolds. Hacen notar que las tablas de riesgo al uso se centran sobre todo en eventos "duros" cardiovasculares, como infarto de miocardio, cuando en las mujeres con más frecuentes los "blandos", tipo angina de pecho. En este sentido es mejor la de Reynolds. Respecto a la proteína C reactiva, PCR, destacan que es menos útil que la historia familiar de infarto precoz. Confunden, como casi todo el mundo, las tablas de riesgo con las tablas de decisión.

Tratamiento agresivo de los factores de riesgo cardiovascular en los diabéticos.

id:96-20

Global risk management in patients with type 2 diabetes mellitas.

Autores: Davidson MH.
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Cardiol 2007;99(Suppl):41B-50B. Citas 52. JG.
Calificación: Informativo.

Comentarios: Lo que se transmite a los médicos generales es que el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular se traduce en mejoras en salud. Pero lo que es cierto para la población no es cierto para el individuo, para el paciente. Los factores de riesgo son asociaciones estadísticas, no causas; por ello ni son necesarios ni son suficientes. Y, de hecho, en la práctica clínica al transformar las tablas de riesgo en tablas de decisión. Y los pacientes que necesitan tratamiento no lo reciben, y los que no lo necesitan son los que lo reciben. En fin, todo contra la seguridad del paciente.



El aprendizaje permanente, la educación de adultos y el logro de los objetivos de Lisboa.

id:96-21

Autor: Figel J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Educ Adultos Desarrollo 2006;67:19-26. Citas 0. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: De los políticos no es esperable la claridad de ideas, lamentablemente. Pero se encuentra en este texto del Comisario de la UE de Educación, Formación, Cultura y Multilingüismo. Habla de algo clave que nos afecta, de la formación permanente, que sólo cubre a poco más del 5% de la población española entre 25 y 64 años. Sin formación permanente no hay promoción, productividad, ni competitividad, ni progreso. La media en la UE es del 11%. Incluye también a los trabajadores sanitarios y a los médicos. Y a los pacientes (para aumentar, al menos, su comprensión en lo que les afecta).

Los pacientes deberían participar en la formación del médico. *Involving patients in the education of health care professionals.*

id:96-22

Autor: Towle A.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2007;12:1-2. Citas 8. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Los pacientes son "material" básico en la enseñanza en la Facultad. Pero lo son básicamente en los hospitales, donde tienen poca autonomía y libertad, de forma que el estudiante no percibe las posibilidades docentes de los pacientes. En este editorial, la firmante, canadiense, da cuenta de una reunión de estudio sobre las posibilidades de participación activa de los pacientes en la formación del médico. Se trata de que el aprendizaje del estudiante incorpore todo lo que pueden enseñar los pacientes, más allá de los "casos clínicos".

La toma de decisiones para implantar una nueva intervención. *Searching for a threshold, not setting one: the role of the National Institute for Health and Clinical Excellence.*

id:96-23

Autores: Culyer A, McCabe C, Briggs A, Claxton K, Buxton M, Akehurst R et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2007;12:56-8. Citas 10. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: El NICE es un instituto inglés que, entre otras cosas, valora las intervenciones sanitarias para calcular su impacto en salud, y recomendar la adopción de aquellas intervenciones que aportan un tanto suficiente. Miden el impacto en salud a través del coste de conseguir con la técnica considerada un año de vida ajustado por calidad (AVAC), en general menor a 30.000 libras esterlinas para ser recomendada la intervención. Los autores defienden que esa cifra la marque el Parlamento, y que el NICE se dedique sólo a valorar el impacto en salud, y compararlo con otras intervenciones.

Prevención del cáncer de mama. ¿Nuevos datos?

id:96-24

Autor: Marzo Castillejo M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria 2007;39:115-7. Citas 14. MPF.

Calificación: Informativo.

Comentarios: La autora de este editorial pertenece al grupo de cáncer del PAPPS, de la SEMFYC. Da noticia de cosas nuevas en torno a la prevención del cáncer de mama, y transmite un panorama optimista que no se funda en hechos. Asegura que el cribado con mamografías "salva" vidas, parece que la determinación del gen BRCA careciera de problemas, da por hecho el impacto positivo de la quimioprevención, y supone que hay relación causa efecto con algunos factores de riesgo. Como siempre, una mezcla de ética, moral, estadística y epidemiología del que no nos libramos de ninguna forma las mujeres.

La incontinencia urinaria, y la consulta médica. *The role of general practitioners in the initial management of women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the UK.*

id:96-25

Autores: O'Donnell M, Viktrup L, Hunskaar S.

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Gen Pract 2007;13:20-6. Citas 24. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En este estudio se parte de una encuesta postal a 29.500 mujeres de más de 18 años, en Alemania, España, Francia y el Reino Unido. Contesta el 58%. Entre las que declaran síntomas de incontinencia urinaria se vuelve a encuestar a la mitad (2.953), de las que contesta el 53%. Entre las preguntas clave, la referente de a quién han consultado o piensan consultar. En España y el Reino Unido, si ya se ha hecho, predomina la consulta al médico general (57 y 88% de las mujeres), y si sólo se piensa en hacer, el deseo de consultar al médico general (70 y 94%). En Alemania y Francia se consulta más al ginecólogo que al médico general (60-19% y 49-47%, respectivamente).

Aplicación de los modelos de duración al análisis de la transición de la buena a la no-buena salud entre adultos españoles.

id:96-26

Autores: Vidal R, Rodríguez M, Pinilla J.
Revista/Año/Vol./Págs.: Economía y Salud Enero 2007;58:5-6. Citas 0. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: En este texto se resume la tesina de una economista, de la Universidad de Barcelona. Utilizó los datos españoles del Panel de Hogares de la Unión Europea, en mayores de 40 años, ocho oleadas de 1994 a 2001. Estudia los individuos que tuvieron buena salud al comienzo, para ver cómo la van perdiendo. Tal y como se espera, lo más importante para conservar la buena salud es el nivel educativo, seguido del nivel de renta, y del tener una enfermedad crónica.

Un ejemplo de uso diferencial de los pacientes como combustible del sistema sanitario. Surgeons may have introduced a new operative technique in African-American patients.

id:96-27

Autores: Treasure T, Sedrakyan A.
Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2007;12:2-3. Citas 8. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los sociólogos dicen que los pacientes son el combustible del sistema sanitario. Duele oírlo, y comprobarlo. Peor, si además incluye el que sea una minoría la que lo sufra. Lo comentan los firmantes, ingleses, de este editorial en que se critica un trabajo publicado en el mismo número de la revista. Se demuestra que probablemente el cambio en la técnica los "puentes", by-pass, coronarios en EEUU, de necesitar a no necesitar circulación extra-corpórea, se hizo sobre negros, como material de práctica en la adquisición de nuevas habilidades.

Derivación a Nefrología. Are gatekeepers to renal services referring patients equitably?

id:96-28

Autores: Kee F, Reaney E, Savage G, O'Reilly D, Patterson C, Maxwell P et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2007;12:36-41. Citas 24. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La derivación a los servicios especializados no es un hecho aislado en la atención, y refleja todos los condicionantes del sistema sanitario. Así, los pacientes de clase alta tienen más rápido y fácil acceso a los especialistas, sea por acceso directo, sea a través de la derivación. En este trabajo se demuestra que en algún caso esto no es cierto. Está hecho en Irlanda del Norte, sobre el total de la población, y el total de pacientes con 150, o más, micromoles por litro de creatinina. Valoran cuánto tardan en llegar a los servicios de Nefrología.

Mortalidad evitable y cáncer de colon y recto.

id:96-29

Autores: Gili M, Cabanillas JL, Béjar L.
Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2007;21:176-7. Citas 21. MPF.
Calificación: Informativo.

Comentarios: Los autores, sevillanos, critican una lista de mortalidad evitable publicada en la misma revista por Rosa Gispert y colaboradores. Se quejan de que en la lista no se incluye el cáncer de colon y recto. Consideran que se puede hacer prevención primaria (que reduciría la incidencia en un 71%), y que la prevención secundaria está justificada. El diagnóstico precoz se lograría mediante la detección de sangre oculta en heces en la población y las correspondientes rectosigmoidoscopia y colonoscopia. Consideran un error no haber incluido el cáncer de colon y recto entre la mortalidad evitable.

Criterios para determinar la lista de causas de mortalidad evitable: una discusión inevitable.

id:96-30

Autores: Gispert R, Gérvas J, Librero J, Barés M.
Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2007;21:177-8. Citas 9. MPF.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El Grupo de Consenso sobre Mortalidad Evitable contesta en este texto a la crítica comentada anteriormente. El argumento principal es que la mortalidad evitable es un indicador basado en la práctica clínica de los médicos que trabajan en un lugar determinado. Es decir, no pretende ser norma de adecuación ni de posibilidades, sino indicador de lo que se podría hacer con los medios que se tienen y con la práctica clínica habitual. Por otra parte, la prevención primaria y secundaria del cáncer de colon y recto está en discusión, con resultados que invitan a la precaución, por ahora.

**Cáncer de próstata y gasto: el impacto de la salud.**

id:96-31

Trends in treatment costs for localized prostate cancer. The healthy screenee effect.

Autores: Zeliadt SB, Etzioni R, Ramsey SD, Penson DF, Potosky AL.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2007;45:154-9. Citas 21. JG.

Calificación: Muy bueno

Comentarios: El diagnóstico precoz del cáncer de próstata se está haciendo a base del uso y abuso de la determinación del PSA. Como consecuencia, cada vez se diagnostican más cánceres de próstata in situ, no metastáticos (que probablemente nunca hubieran metastatizado). Y, peor, se interviene a los jóvenes y sanos que se hacen el PSA. Hasta el punto de que la mortalidad en pacientes con cáncer de próstata está siendo menor (menor) que en los pacientes sin cáncer de próstata. Los autores demuestran que el gasto en el tratamiento de estos cánceres de próstata está disminuyendo, sobre todo por la salud de los que los padecen.

Problemas con los ensayos clínicos de comparación (de no-inferioridad).

id:96-32

An Orwellian discourse on the meaning and measurement of noninferiority.

Autores: Diamond GD, Kaul S.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Cardiol 2007;99:284-7. Citas 22. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Los ensayos clínicos, cuyos resultados parecen tan evidentes, tienen más de un recoveco. Por ejemplo, los ensayos clínicos en los que se compara una intervención habitual con una nueva (de comparación o no-inferioridad), que los autores, gringos, ponen en solfa. La crítica principal es que los datos sobre la eficacia de la intervención habitual proceden de estudios previos, y que se pueden interpretar en falso los resultados del ensayo de comparación al depender indirectamente de la información histórica. De hecho, revisan varios ensayos clínicos concretos y demuestran que se están admitiendo tratamientos nuevos que no mejoran los establecidos.

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 916 070 479

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, 28760 Tres Cantos (Madrid) con la finalidad del envío de artículos de revistas científicas. Usted tiene derecho al acceso, rectificación y actualización de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en sus términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede solicitarlo dirigéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionado, indicando CIC Centro de Información de GSK.