

Evidencias

en gestión clínica y gestión de servicios de salud

ciencia, gestión, valores

Revisiones

Multimedia

Entrevistas

Salud global

Documentos

Mitos y hechos

Visualizaciones

Buenas prácticas en gestión clínica

núm. **7**

enero
2014



JUNTA DE ANDALUCÍA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Comité editorial

Luis Gavira Sánchez (Coordinación), Guadalupe Carmona López, Miguel Ángel Colmenero Camacho, José Antonio Cuello Contreras, Ana de Irigoyen Díaz, Inés Falcón Alloza, Pedro J. García Fernández, Leticia García Mochón, Isabel Gómez Díaz, Enrique Guerado Parra, Verónica Juan Quilis, Carmen Lama Herrera, Sergio Minué Lorenzo, Juan Ortiz Espinosa, María José Requena Tapia, María José Sánchez Pérez, Alfonso Soto Moreno

Colaboradores

Eulalio Valmisa Gómez de Lara

Revisiones

Aspirina en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular y el cáncer ¿Adecuado?**Aspirina en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular y el cáncer: una revisión sistemática de las evidencias de revisiones de ensayos clínicos aleatorizados**

[Aspirin in Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Cancer: A Systematic Review of the Balance of Evidence from Reviews of Randomized Trials]

Resumen**Antecedentes**

La aspirina ha sido recomendada para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular (ECV) y el cáncer, pero los beneficios generales no están claros. Se ha procedido a evaluar de nuevo el balance riesgo-beneficio de la aspirina realizando una revisión de los ensayos controlados aleatorios, revisiones sistemáticas de la literatura y meta-análisis.

Métodos y resultados

Las fuentes de datos consultadas incluyen diez bases de datos bibliográficas electrónicas, contacto con expertos y valoración de las listas de referencias de los estudios incluidos. Las búsquedas se realizaron en septiembre de 2012 y se restringieron a estudios publicados desde 2008. De 2.572 artículos potencialmente pertinentes, 27 cumplieron los criterios de inclusión.

Se realizó un metaanálisis en la rama de los controles para estimar las tasas de eventos, mortalidad por todas las causas y los gráficos de L' Abbé para estimar la heterogeneidad. Los beneficios absolutos y los daños potencialmente provocados fueron bajos: se evitaron entre 60-84 principales eventos cardiovasculares y de 34 a 36 muertes por cáncer colorrectal por 100.000 personas-año, en tanto que se incurrió en 46-49 hemorragias graves y 68-117 hemorragias gastrointestinales.

Las reducciones en la mortalidad por cualquier causa fueron menores e inciertas (riesgo relativo [RR] 0,96, IC 95 % : 0,90 a 1,02 a los 20 años, RR 0,94, IC del 95 % : 0,88 a 1,00 a los 8 años); hubo un cambio no significativo en el total de ECV (RR 0,85; IC del 95 % : 0,69 a 1,06) y el cambio en la mortalidad total por cáncer varió de 0,76 (IC del 95 % : 0,66 a 0,88) a 0,93 (IC del 95 % : 0,84 a 1,03) en función del tiempo de seguimiento y estudios incluidos.

Los riesgos se incrementaron en un 37% para el sangrado gastrointestinal (RR 1,37, IC del 95 % : 1,15 a 1,62) , entre 54%-66 % de las hemorragias mayores (Razón de tasas a partir del análisis de datos de pacientes individuales 1,54 , IC del 95 % : 1,30 a 1,82, y RR 1,62, IC del 95 % : 1,31 a 2,00), y el 32%-38 % para el accidente cerebrovascular hemorrágico (Razón de tasas a partir del análisis de datos de pacientes individuales 1,32, IC del 95 % : 1,00 a 1,74 ; RR 1,38 , IC del 95 % : 1,01 a 1,82).

Conclusiones

Los resultados indican pequeños efectos absolutos de la aspirina en relación a la carga de estas enfermedades. Cuando la aspirina se utiliza para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares los daños absolutos exceden a los beneficios. Para valorar el posible beneficio en el cáncer se requiere más información y estudios.

**Comentario**

Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer tienen una alta mortalidad y morbilidad a nivel mundial. Numerosos estudios, así como guías de práctica clínica han realizado el valor de la aspirina en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular y, más recientemente en el cáncer, sobre todo el colorrectal. Sin embargo, esta medicación no está exenta de riesgos, que hay considerar cuando se utiliza sobre todo en pacientes para prevención primaria.

Muchas directrices proponen el uso de aspirina para la prevención de enfermedad cardiovascular de alto riesgo, pero las definiciones de alto riesgo difieren.

En este artículo, los autores analizan desde otra perspectiva los datos disponibles en la actualidad y publicados desde 2008.

Los beneficios de la aspirina para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular son modestos, tomando mayor relevancia este beneficio en la prevención secundaria. Sin embargo a la hora de realizar un balance riesgo-beneficio, los posibles efectos colaterales presentan una frecuencia más alta.

El posible beneficio frente a la prevención primaria del cáncer, sobre todo colorrectal, está poco contrastado y deberían ser valorados con cautela, ya que se excluyen los datos de los principales estudios de prevención primaria, que muestran escasa evidencia de protección primaria de la aspirina después de 10 años. Por otro lado son análisis retrospectivos de estudios cuyo objetivo inicial era diferente a la valoración del poder del beneficio de la aspirina.

Referencia

Sutcliffe P, Connock M, Gurung T, Freeman K, Johnson S, et al. (2013) Aspirin in Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Cancer: A Systematic Review of the Balance of Evidence from Reviews of Randomized Trials. PLoS ONE 8(12): e81970. doi:10.1371/journal.pone.0081970

Enlace

Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0081970>

Acceso libre

Revisiones

Aborto**Aborto***[Abortion]***Resumen**

Los puntos principales que resumen el artículo, son los siguientes:

- El aborto es una característica común en la vida reproductiva de las mujeres en todo el mundo.
- La mayoría de las mujeres que buscan un aborto han tomado su decisión antes de consultar con un profesional de la salud y requieren de información imparcial así como de una derivación rápida a los servicios correspondientes.
- Los abortos tanto médicos como quirúrgicos son altamente eficaces, con una baja tasa de complicaciones, y se debe ofrecer para su elección los distintos procedimientos posibles.
- Los abortos no complicados no están asociados con secuelas psicológicas o físicas a largo plazo.
- Las mujeres que desean usar un método anticonceptivo después de un aborto deben comenzar tan pronto como sea posible después del aborto y preferentemente en el mismo día del procedimiento.



Cada año, millones de mujeres de todo el mundo deciden interrumpir un embarazo a través del aborto (que se define como la finalización de la gestación antes de la viabilidad del feto, 23 o 24 semanas de gestación). La tasa de aborto a nivel mundial se estima en 28 por cada 1.000 mujeres en edad fértil, pero varía por regiones y dentro de cada una de ellas. Por ejemplo, Europa occidental tiene la tasa más baja a nivel de subregiones, con 12 abortos por cada 1.000 mujeres, mientras que Europa del Este tiene la más alta, con 43 por 1.000.

A nivel mundial, casi la mitad de todos los embarazos son no deseados y la mitad de ellos terminan en aborto. Las razones que dan las mujeres para la elección de aborto frente a la adopción o a la paternidad son complejas. Los métodos modernos de aborto médico y quirúrgico son altamente eficaces, con un bajo riesgo de complicaciones. Se encuentran disponibles diversos ensayos clínicos aleatorios y revisiones sistemáticas, así como directrices nacionales e internacionales, para apoyar la toma de decisiones basada en la evidencia.

El aborto inseguro es un problema de salud pública. Aproximadamente el 25% de la población mundial vive en países con leyes que prohíben completamente el aborto o lo permiten sólo para salvar la vida de la madre. La ilegalidad no impide o disuade a las mujeres para buscar un aborto, pero tiene como resultado la prestación del aborto en condiciones inseguras. El aborto inseguro es "un procedimiento para terminar un embarazo no deseado ya sea por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente carente de estándares médicos mínimos, o ambas cosas a la vez". Cada año mueren 47.000 mujeres y millones acaban ingresadas en los hospitales como consecuencia de sufrir abortos en condiciones peligrosas. Esta carga afecta desproporcionadamente a las mujeres jóvenes en los países en desarrollo, donde se producen el 98% de todos los abortos inseguros. Las leyes restrictivas sobre el aborto, una respuesta internacional silenciada, las actitudes negativas hacia la autonomía de las mujeres y el acceso limitado a los métodos anticonceptivos, contribuyen a este problema de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud presenta un enfoque basado en los derechos humanos en lo referido a la atención sanitaria del aborto seguro, en su última guía técnica. La legalización es "un prerrequisito esencial". Otros requisitos incluyen la capacitación en métodos modernos de aborto, el tratamiento inmediato y sin prejuicios del aborto incompleto, así como instalaciones accesibles y adecuadas. Para avanzar en estos esfuerzos, se necesita de forma urgente un compromiso a conciencia de la comunidad médica, de los responsables políticos y de los legisladores, para eliminar el aborto inseguro y avanzar en la promoción de la libertad reproductiva.

El artículo está basado en una investigación original revisada por pares, en revisiones sistemáticas y metanálisis identificados a través de PubMed, Base de Datos de Cochrane y archivos personales. Se priorizaron los ensayos aleatorios y revisiones sistemáticas y también se consultaron guías de prácticas basadas en la evidencia.

Comentario

La revista British Medical Journal acaba de publicar en este mes de enero una Revisión Clínica sobre el aborto, desde el punto de vista médico y de salud de la mujer. Y desde la perspectiva de la gestión clínica de aquellas

mujeres que desean la realización de un aborto antes de la 24 semana de gestación. Un [artículo](#) publicado en 2012 por la revista Lancet, analiza la incidencia y tendencias a nivel mundial del aborto inducido, en los últimos 13 años.

En la Revisión Clínica, sus autores hacen un repaso actualizado de las cuestiones más relevantes que guardan relación con la interrupción voluntaria del embarazo. Aspectos tales como el consejo y evaluación médica, los métodos disponibles tanto quirúrgicos como médicos, gestión clínica de la intervención, riesgos, seguimiento y métodos contraceptivos que debieran ser iniciados después de un aborto.

Igualmente hace un repaso sobre otros recursos de carácter educacional dirigidos tanto a pacientes como a profesionales sanitarios, de interés en relación con el aborto; así como algunas cuestiones sobre el aborto inseguro, desde la consideración de ser un problema de salud pública.

Aunque está relacionado con la contracepción, es relevante señalar que, en este mismo mes de enero, la también prestigiosa revista New England Journal of Medicine, ha publicado un interesante [editorial](#) en la revista bajo el título "Contracepción en Riesgo". En el citado editorial, la revista fija su posición sobre dos causas que en el mes de marzo de 2014 habrán de verse en la Corte Suprema de EEUU. Ambas, relacionadas con servicios sanitarios y prestaciones de contracepción en las mujeres estadounidenses, cuyas consecuencias han de tener un gran impacto en la salud de las mujeres.

En uno de los asuntos, la Corte dictaminará si la protección de salud de la mujer es un interés apremiante del Estado y si las corporaciones tienen derechos religiosos, o si tales derechos constitucionales se limitan solamente a las personas. A propósito del conflicto entre creencias religiosas y medicina, el editorial de la revista considera que es "inaceptable" anteponer aquellas a atender las necesidades de salud. El editorial concluye: "Si las creencias religiosas de una mujer le llevan a declinar tales servicios, tiene derecho a hacerlo. Pero negar la cobertura de los centros públicos de servicios de salud de vital importancia a las mujeres que lo deseen, pero no pueden... sería un tragedia personal y de salud pública".

Evidencias recientes publicadas en destacadas revistas científicas para ayudar en la toma de decisiones médicas y sanitarias, sobre una cuestión principal para la salud de las mujeres.

Referencia

Lohr PA, Fjerstad M, DeSilva U, Lyus R. Abortion. BMJ 2014;348:f7553

The Editors. Contraception at Risk. N Engl J Med 2014; 370:77-78

Enlace

Disponible en: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.f7553?tab=citation>

Ver también:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1315461>

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611617868#>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Los cigarrillos electrónicos o la renormalización de fumar**¿La renormalización del hábito de fumar? Los cigarrillos electrónicos y el "fin del juego" del tabaco**

[The renormalization of Smoking? E-Cigarettes and the Tobacco "Endgame"]

Resumen

Las ventas de cigarrillos electrónicos en Europa han alcanzado los 650 millones de dólares anuales y se prevé que en Estados Unidos las ventas alcancen los 1.7 mil millones de dólares en 2013. Si bien estas cifras representan una pequeña parte de las ventas de los cigarrillos tradicionales, los cigarrillos electrónicos han sufrido una importante transformación en el mercado del tabaco. De hecho, algunas personas predicen que con el tiempo pueden eclipsar a los cigarrillos convencionales.

El debate en salud pública del uso de estos dispositivos se ha vuelto más exacerbado a medida que su popularidad ha ido en aumento. Mientras que algunos expertos celebran la aparición del cigarrillo electrónico como un camino hacia la reducción o el abandono del consumo de tabaco, los opositores lo caracterizan como un producto peligroso que podría socavar los esfuerzos alcanzados durante décadas para eliminar la normalización de fumar.

Por un lado, las campañas de marketing de cigarrillos electrónicos en EEUU amenazan con revertir el éxito obtenido por campañas de salud pública para desnormalizar el tabaquismo. Los anuncios de cigarrillos electrónicos, si bien denigran el tabaco tradicional, están sobrepasando barreras levantadas hace más de 40 años para prohibir cualquier insinuación de promoción del hábito de fumar por televisión, u otros medios publicitarios. Las asociaciones del control del tabaco han respondido a estos mensajes con alarma.

En 2009, la OMS ya advertía que los cigarrillos electrónicos amenazaban las prohibiciones sobre fumar en sitios públicos que habían sido claves en el control de tabaco. Similares preocupaciones existen sobre el efecto que puede tener sobre la población juvenil, ver por televisión personajes famosos promocionando el uso de cigarrillos electrónicos. Preocupaciones agravadas por los datos del Centro de Control y Prevención de enfermedades que muestra que, el número de jóvenes estadounidenses que han experimentado con cigarrillos electrónicos es el doble en 2012 que en 2011. Si bien ha disminuido el consumo de tabaco en el mismo periodo, es importante demostrar si los cigarrillos electrónicos pueden ser una puerta de entrada que lleve a un incremento del tabaquismo en menores.

De otro lado, nos encontramos con profesionales de salud pública que prefieren una estrategia de reducción del riesgo para la salud, más que estrategias de eliminación del comportamiento. Algunos defensores de la reducción del riesgo enmarcan la postura de total abstinencia como "moralista", argumentando que "no tiene sentido desestimar una alternativa" al exigir una seguridad absoluta. Aunque la evidencia es limitada, algunos estudios sugieren que el uso de los cigarrillos electrónicos ha servido para dejar de fumar.

Este debate nos obliga a abordar la cuestión fundamental planteada por Kenneth Warner, en una edición reciente de Control del Tabaco dedicado a estrategias de "fin de juego": *"¿Qué constituiría una victoria final en el control del tabaco?"* Aunque la abstinencia total y las estrategias de desnormalización estrictas pueden ser incompatibles con el uso del cigarrillo electrónico, el objetivo de eliminar los riesgos relacionados con el tabaquismo no lo son.

Dada la magnitud de las muertes relacionadas con el tabaco, no cabe duda que los EEUU deben prohibir la venta de cigarrillos electrónicos a los menores, y que la FDA debe actuar rápidamente para regularlos de manera que se entienden mejor sus daños potenciales, y para que puedan contribuir al objetivo de reducción de riesgos para la salud.

**Comentario**

El debate sobre el uso de los cigarrillos electrónicos en EEUU es cada vez más acuciante. La escasa evidencia científica sobre sus posibles efectos para la salud dificulta tener conclusiones sobre su conveniencia. Pero el rápido y continuo crecimiento de las ventas de estos dispositivos, obliga a tomar decisiones de forma inminente. En EEUU, estos dispositivos sólo están regulados por algunos gobiernos locales, pero es la FDA (organismo que regula el control de alimentos y medicamentos) quién debe tomar una decisión firme al respecto y regular su uso, al igual que hizo con los cigarrillos tradicionales.

Por el momento la realidad es que los cigarrillos electrónicos no están sujetos al mismo control de marketing que los productos relacionados con el tabaco. Investigadores de la Universidad de Stirling (UK) analizan en un estudio

publicado en BMJ [1] cómo los anuncios publicitarios intentan atraer a los jóvenes y acabar con la política del control del tabaco, a través de mensajes que muestran que los cigarrillos electrónicos representan un medio para reducir los riesgos para la salud y una herramienta indispensable para quienes desean dejar de fumar. Y es que estos anuncios están repletos de afirmaciones infundadas o exageradas, como que los cigarrillos electrónicos son una herramienta indispensable para dejar de fumar, o que es el método más seguro y barato para satisfacer la adicción a la nicotina. Se promociona además, el doble uso, volviendo a resocializar el consumo de tabaco en espacios públicos. Asimismo, la publicidad intenta hacer más atractivo el fumar, en especial para los jóvenes, a través de anuncios que promocionan un nuevo estilo de vida más moderno, una nueva cultura, una nueva moda, el "vaping" o "vapear". Cigarrillos electrónicos de varios colores, sabores, con o sin nicotina, con atractivos colores amarillos en la punta que simulan el encendido del cigarro tradicional y tratan de imitar la experiencia personal y el acto público de fumar.

No cabe duda de que para algunas personas fumadoras, el cigarrillo electrónico les ha servido para dejar de fumar. Pero tampoco podemos obviar que las campañas publicitarias necesitan regulación, que no existe evidencia a largo plazo sobre los efectos de sus componentes sobre la salud, y que puede ser una puerta de entrada que lleve a un incremento del tabaquismo en menores.

El Gobierno británico ya ha anunciado que prohibirá la venta de cigarrillos electrónicos a los menores de 18 años, ya que a pesar de que se desconocen los efectos a largo plazo para la salud, sí emiten sustancias químicas tóxicas.

En Andalucía se ha prohibido su uso en centros sanitarios, sociales y educativos. Y se está realizando un estudio que analizará el contenido de los cigarrillos electrónicos para evaluar las sustancias que contienen y su posible impacto en la salud.

En España se ha anunciado una regulación. Además, la publicidad de estos dispositivos será supervisada, siguiendo las propias directrices que marca la OMS.

Habrá que ver con el tiempo el efecto de estas regulaciones, su efecto en la evolución en el consumo de estos dispositivos y al mismo tiempo esperar seguir experimentando descensos en la prevalencia de consumo diario de tabaco a nivel mundial como se han visto en recientes trabajos comentados también en [este número](#).

Referencia

Fairchild AL, Bayer R, Colgrove J. The Renormalization of Smoking? E-Cigarettes and the Tobacco "Endgame". N Engl J Med. 2013 Dec 18.

Ver también:

[1] Andrade Md, Hastings G, Angus K Promotion of electronic cigarettes: tobacco marketing reinvented? BMJ. 2013 Dec 21;347:f7473. doi: 10.1136/bmj.f7473

Enlace

Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1313940>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Ver también: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f7473>

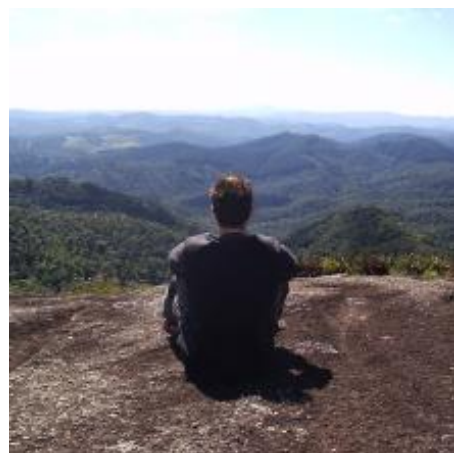
Revisiones

La salud mental y la crisis económica en España**La evolución de la salud mental en España durante la crisis económica***[The evolution of mental health in Spain during the economic crisis]***Resumen**

El estudio publicado en la revista *European Journal of Public Health*, analiza cómo la salud mental y las desigualdades socioeconómicas en la población española de 16 a 64 años de edad han cambiado entre 2006-2007 y 2011-2012.

Se observó un aumento en la prevalencia de mala salud mental entre los hombres (razón de prevalencias = 1,15, IC del 95% 1.4 a 1.26], especialmente entre aquellos con edades comprendidas entre los 35 y 54 años, las personas con educación primaria y secundaria, los de clases sociales con cualificación media y los padres de familia. Ninguna de estas asociaciones se mantuvo después de ajustar por el estatus del trabajo.

El índice relativo de desigualdad por clase social se incrementó para los hombres de 1,02-1,08 (P = 0,001). Se observó una ligera disminución en la prevalencia de mala salud mental entre las mujeres (razón de prevalencias = 0,92, IC del 95%: 0,87 - 0,98), sin ningún cambio significativo en la desigualdad en salud.

**Comentario**

La crisis económica que comenzó en 2007 tiene un impacto negativo sobre la salud de la población y muy especialmente en la salud mental. Existen numerosas publicaciones sobre sus efectos en la salud mental. Esto ocurre porque la salud mental depende de múltiples factores socioeconómicos y ambientales. Una alta frecuencia de trastornos mentales comunes y suicidio está asociada con la pobreza, bajos niveles educativos, fragmentación social, privación y desempleo. Aumentos en las tasas de desempleo se asocian con aumento en las tasas de suicidios. Un 1% de aumento de desempleo incrementa un 0,8% la tasa de suicidios en los menores de 65 años [1].

En España el número de personas atendidas en los Centros de Atención Primaria por trastornos depresivos, de ansiedad o abuso de alcohol ha aumentado de manera significativa entre los años 2006 y 2010 [2], especialmente en el tercio de encuestados que ha experimentado desempleo y dificultades en el pago de la deuda hipotecaria. Aumentan de manera significativa la depresión (19,4%), la distimia (10,8%), el trastorno por ansiedad generalizada (8,4%), el trastorno de pánico (6,4%) y la dependencia y el abuso de alcohol (4,6 % y 2,4% respectivamente).

En Andalucía se ha analizado la actividad asistencial de las Unidades de Salud Mental Comunitarias para comprobar la influencia que la crisis haya podido tener en la atención especializada [3]. Se han comparado dos períodos quinquenales, de 2002 a 2006 y de 2007 a 2011, el primero previo a la crisis y el segundo abarcando la misma. El número de primeras consultas ha sufrido un incremento en ambos períodos, pero mientras que en 2002-2006 sube un 12%, en el periodo 2007-2011 el incremento se sitúa en un 77%.

Asimismo en España, según el Instituto Nacional de Estadística, las tasas de suicidio han disminuido entre 2008 y 2011 (en cambio, en 2012 ha subido un 11,3% respecto al año anterior). Sin embargo López Bernal [4] ha publicado un incremento en los últimos años, en hombres en edad de trabajar. El suicidio es una consecuencia de un trastorno mental subyacente más que el resultado de una respuesta inmediata a acontecimientos vitales estresantes. Por ello, para conocer su relación con la crisis económica debemos fijarnos primero en los trastornos mentales que predisponen al suicidio. Tendremos que esperar a conocer las tasas de suicidio de 2014 y 2015 para saber si hay una relación causal entre la crisis económica y suicidios.

El estudio que presentamos añade evidencia de los efectos de la recesión en los resultados de salud mental en España no sólo de la variación de los niveles de salud sino también cambios en las desigualdades económicas de salud. Se utilizaron datos de 2006-2007 y 2011-2012 a través de la Encuesta Nacional de Salud para personas comprendidas entre 16 y 64 años. Encuestas personales a domicilio entre junio de 2006 y junio de 2007 y entre julio de 2011 y junio de 2012. La salud mental fue valorada con el cuestionario general de salud (GHQ-12). Y se correlacionó con las desigualdades en salud (extraídas del nivel de empleo y clase social). De nuevo es en el grupo de hombres donde se incrementa la prevalencia de peor salud mental y además las desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de salud mental se incrementa en éstos y permanece estable entre las mujeres que experimentan una ligera mejoría en la salud mental. Este empeoramiento en los hombres es atribuido al nivel de desempleo, ya

que el trabajo está fuertemente relacionado con el rol social del hombre como el principal sustentador de la familia.

Referencia

Bartoll X, Palencia L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health* Advance Access published December 23, 2013.

Otras:

[1] Stuckler D, Basu S, Suhrcke M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374:315-323

[2] Gili M, Roca M, Basu S, Mckee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health* 2013;23; 103-108

[3] Informe Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: Crisis económica y Salud Mental. 2013

[4] Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CI, Mckee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *European Journal of Public Health* 2013;23; 732-736

Enlace

Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/help/doi.htm>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Ver también:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61124-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61124-7/abstract)

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2012/04/18/eurpub.cks035....>

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/23/5/732.long>

Revisiones

Reconsiderando la guerra contra el cáncer**Reconsiderando la guerra contra el cáncer***[Rethinking the war on cancer]***Resumen**

Desde que en el año 1971 se declaró "La guerra contra el cáncer" en el Parlamento de EEUU, se han destinado y apoyado todo tipo de recursos e iniciativas para la investigación contra el cáncer a nivel internacional.

Esta investigación ha dado como fruto un gran conocimiento sobre la naturaleza y mecanismos etiopatogénicos de esta enfermedad. Hoy en día sabemos que el cáncer no es una única enfermedad, sino un conjunto de enfermedades, con diferentes tipos y subtipos de cáncer.

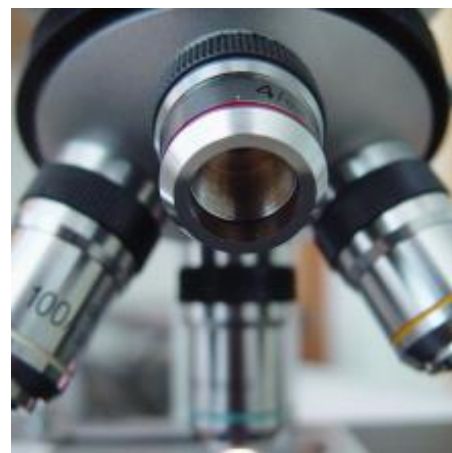
Los mecanismos cancerígenos son enormemente complejos y diversos, con diferencias según el órgano de origen y el tipo histológico, las transformaciones genéticas y epigenéticas en el ciclo celular, las células circundantes al tejido tumoral, e incluso la progresión y el efecto que tiene la enfermedad a nivel individual.

Este conocimiento se ha tratado de aplicar al desarrollo de nuevos tratamientos o terapias diana. Sin embargo, estos tratamientos no han sido, en general, curativos o efectivos a largo plazo, fundamentalmente debido a la capacidad que tiene el cáncer "que está siendo atacado" de desarrollar mecanismos adaptativos o de resistencia frente a estas terapias.

En relación con la prevención del cáncer, en los países en desarrollo continúa aumentando la incidencia de cáncer como consecuencia, en parte, de la adopción de estilos de vida poco saludables que predisponen a un mayor riesgo de cáncer.

Estas circunstancias se debatieron en el último Foro Mundial de Oncología (World Oncology Forum, 2012), donde se concluyó que no le hemos ganado la guerra al cáncer y que es necesario reconsiderar el problema con una visión de batalla "espacial" y global contra el cáncer.

Esta nueva estrategia de guerra contra el cáncer debe contemplar un conocimiento integrado de las "armas", "capacidades del cáncer", "estrategias de crecimiento expansivo", "mecanismos adaptativos y de resistencia", y "evasión a los ataques terapéuticos". El plan de batalla "espacial" debe considerar: un censo de todas las células que intervienen en el proceso de carcinogénesis, la base de su inestabilidad (mutaciones genéticas, ciclos regulatorios, etc.), sus vías de comunicación, y el funcionamiento de la máquina de guerra: los mecanismos de provisión de energía y nutrientes para el crecimiento, la invasión y diseminación, las características histológicas de las células tumorales en los diferentes tejidos en los que se instalan, y la contribución de las células circundantes ("aliadas") en el proceso tumoral.

**Comentario**

La Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC) acaba de publicar online GLOBOCAN 2012, que incluye una actualización de las estimaciones de la mortalidad, incidencia y prevalencia de 28 tipos de cáncer en 184 países de todo el mundo para el año 2012. GLOBOCAN muestra que para el año 2012 se estimaron 14.1 millones de nuevos casos de cáncer y 8.2 millones de muertes por esta enfermedad, con respecto a los 12.7 y 7.6 millones, respectivamente, que se estimaron para el año 2008 (GLOBOCAN 2008).

Por otro lado, se estima que para el año 2025 la incidencia de cáncer aumente a 19,3 millones de casos nuevos. En este contexto, la revista The Lancet ha publicado tres artículos que conforman una serie titulada "The cancer wars":

1. Carga mundial del cáncer: causas y prevención del cáncer (Global cancer patterns: causes and prevention).
2. Reconsiderando la guerra contra el cáncer (Rethinking the war on cancer).
3. Supervivencia de cáncer: políticas de salud y mejora de la equidad (Cancer survival: global surveillance will stimulate health policy and improve equity).

En estos artículos se pone de manifiesto que aún no hemos ganado la guerra contra el cáncer.

El segundo artículo de esta serie trata sobre la metáfora que gira en torno al cáncer de "adversario insidioso y la justificación de la declaración de guerra". A pesar de haber conseguido profundizar en el conocimiento de la

patogénesis de esta enfermedad, no le hemos ganado la guerra al cáncer. Las “balas mágicas”, es decir, las terapias diana contra el cáncer, basadas en el conocimiento sobre los mecanismos etiopatogénicos de la enfermedad, tampoco han sido, en general, curativas o efectivas. El artículo expone la necesidad de considerar una batalla “espacial” contra el cáncer.

El artículo se estructura en los tres ejes principales bajo los que se debe articular la nueva estrategia de guerra contra el cáncer.

En relación con la estrategia terapéutica se propone eliminar todos los posibles mecanismos, en lugar de atacar un solo mecanismo, como se ha hecho tradicionalmente. El hecho de atacar varios mecanismos puede suponer que un mecanismo que adquiere resistencia o que falla se compense con otro de los mecanismos que están siendo atacados. Si bien lo ideal sería atacar los 10 mecanismos que existen, es preferible elaborar estrategias terapéuticas específicas para cada tipo de cáncer. Son tres las posibles estrategias terapéuticas que se podrían emplear:

1. Inhibición de la angiogénesis + inhibición de la invasión y metástasis + interrupción del metabolismo de la célula tumoral.
2. Inhibición de la proliferación y señalización celular + reactivación de mecanismos de muerte celular + interrupción del metabolismo de la célula tumoral.
3. Inhibición de procesos inflamatorios inducidos por la célula tumoral + activación de células del sistema inmunológico + daño del genoma de la célula tumoral.

Otra línea de estrategia terapéutica que será necesario desarrollar es la de emplear diferentes componentes que actúen sobre un mismo mecanismo, como por ejemplo, la actuación simultánea sobre las mutaciones BRAF y MEK en el melanoma.

Con respecto a la resistencia que puede desarrollar el cáncer frente a las estrategias terapéuticas que se empleen se plantea que es necesario desarrollar terapias con potencialidad para inactivar o neutralizar estos mecanismos de resistencia, siendo a su vez poco citotóxicos para las células sanas de los tejidos colindantes.

En lo relativo al “campo de batalla” se requiere profundizar en el conocimiento de las diferencias anatómicas, histológicas, celulares y moleculares (genéticas) de los distintos tipos de cáncer para diseñar unas estrategias terapéuticas más efectivas.

Por otra parte, la prevención del cáncer es otro de los frentes de batalla que debe mantenerse activo. Las políticas antitabaco, por ejemplo, tienen un gran efecto en términos de reducción de la incidencia de los cánceres asociados al tabaco. Será necesario aunar esfuerzos para desarrollar políticas sanitarias en materia de prevención del cáncer, así como para trasladar estas políticas a los países en desarrollo.

Referencia

Hanahan D. The cancer wars 2. Rethinking the war on cancer. Lancet. 2013 Dec 13. pii: S0140-6736(13)62226-6. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62226-6. [Epub ahead of print]

Enlace

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24351321>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Ver también: Conquering cancer Lancet. 2013 Dec 21;382(9910):2039.

Disponible en : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140...>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Medicalizar la infelicidad, otro ejemplo más del exceso de medicina en los sistemas sanitarios**Demasiada Medicina: de las pruebas a la acción****Medicalizando la tristeza: las nuevas clasificaciones de la depresión aumenta el riesgo de que un mayor número de pacientes sean tratados con fármacos sin obtener beneficio**

[Too much Medicine: from evidence to action]

[Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment which they will not benefit]

Resumen

El primer artículo "Demasiada Medicina: de las pruebas a la acción" anuncia la próxima conferencia sobre Prevención del Sobrediagnóstico que tendrá lugar este año 2014 en Oxford.

En la última, celebrada en Dartmouth, se establecieron como prioridades estratégicas la necesidad de consensuar métodos para medir el problema, la formación sobre el tema, la información a la población general y a los políticos sanitarios, y finalmente la necesidad de ampliar los esfuerzos destinados a reducir el sobrediagnóstico, así como de actuar frente a los incentivos perversos que llevan a convertir en enfermos a muchas personas sanas.

El segundo de los trabajos "Medicalizando la tristeza: las nuevas clasificaciones de la depresión aumenta el riesgo de que un mayor número de pacientes sean tratados con fármacos sin obtener beneficio", por su parte analiza el proceso de medicalización progresiva de la tristeza a la que está contribuyendo en gran medida las nuevas clasificaciones sobre la depresión. Dowrick y Frances estructuran su trabajo en los siguientes apartados:

**Contexto clínico**

El diagnóstico de depresión mayor y el tratamiento con antidepresivos está aumentando.

Cambio diagnóstico

El DSM III homogenizó el diagnóstico de la depresión. El nuevo DSM V amplía la definición permitiendo el diagnóstico de trastorno depresivo mayor solamente con dos semanas de duelo.

Razón para el cambio

Permitir a más pacientes el acceso a tratamientos efectivos.

Acto de fe

El diagnóstico seguro de depresión leve es posible; el tratamiento es necesario y lleva un mejor pronóstico.

Incrementos en la enfermedad

Aunque la prevalencia poblacional de trastorno depresivo mayor ha permanecido estable, el diagnóstico se ha duplicado entre asegurados de Medicare en los Estados Unidos entre 1992-95 y 2002-5.

Pruebas de sobrediagnóstico

La depresión es ahora más probable que sea sobrediagnosticada que infradiagnosticada en atención primaria. Las tasas de antidepresivos se han doblado en el Reino Unido en el periodo entre 1998 y 2010. En Estados Unidos el 11 % de la población mayor de 11 años toma algún tipo de antidepresivo.

Daños del sobrediagnóstico

Convertir la pena en un trastorno mental supone una intrusión médica en las emociones personales incrementando innecesariamente el tratamiento y aumentando además el coste, distrayendo la atención y los recursos de aquellos que realmente lo necesitan.

Limitaciones

Se desconoce si los clínicos seguirán los criterios de la DSM V

Conclusiones

Pacientes con depresión leve o aflicción no complicada habitualmente tienen buen pronóstico y no necesitan tratamiento farmacológico. Los clínicos deberían centrarse en identificar pacientes con depresiones moderadas o

severas, con suficiente deterioro como para precisar tratamiento.

Comentario

La preocupación por el sobrediagnóstico es creciente en los medios académicos. Sobrediagnóstico no es un error de diagnóstico. Es diagnosticar procesos que no implican daño o muerte para el paciente.

El BMJ lleva tiempo liderando la investigación y difusión del conocimiento sobre este tema. El año pasado se organizó en Dartmouth la primera conferencia sobre la materia que tendrá continuidad este año en Exford en septiembre.

Los médicos siguen ignorando en gran medida esta importante cuestión: menos de 1 de cada 10 informan adecuadamente a sus pacientes sobre el riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento que implica el cribado de determinados cánceres.

Como señala Iona Heath el sobrediagnóstico tiene importantes repercusiones éticas: en primer lugar produce daño por etiquetar innecesariamente a determinadas personas; desvían también buena parte de los recursos existentes hacia pacientes que no los necesitan, privando de ellos a las personas verdaderamente enfermas.

Pero sobre todo socava los principios de los sistemas sanitarios basados en la solidaridad, haciendo olvidar las bases sociales y económicas que amenudo subyacen en buena parte de ellas.

El beneficio de medicalizar a la sociedad para ciertos sectores económicos es evidente; los beneficiados de ello también.

La modificación de los criterios diagnósticos, disminuyendo progresivamente los umbrales para considerar a alguien hipertenso, diabético o hiperlipémico es una de las estrategias más utilizadas. Dowrick y Frances describen con claridad las consecuencias que implica modificar los criterios diagnósticos de una enfermedad (en este caso la depresión), convirtiendo a mucha gente sana en enferma, aumentando los costes del sistema sanitario, medicalizando en definitiva lo que en muchas ocasiones no es más que una manifestación de lo que es la sencillamente la vida.

Referencia

Mohynihan R, Heneghan C, Godlee F. Too Much Medicine: from evidence to action. BMJ 2013;347:f7141.

Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment which they will not benefit. BMJ 2013; 347:f7140.

Enlace

Primer artículo disponible en: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f7141>

Segundo artículo disponible en: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f7140>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

NHS. El canario en la mina

Planificación del cierre: el papel de los administradores especiales en la reducción de servicios hospitalarios del NHS en Inglaterra

[Planning for closure: the role of special administrators in reducing NHS hospital services in England]

Resumen

La Ley de 2012 de Salud y Asistencia Social aprobada en Inglaterra por el gobierno de Cameron, en la que se deroga que el Estado tiene la obligación legal, y a él le corresponde, de 'proveer o asegurar' la salud a través de una atención integral, abolió con ello la planificación y los sistemas de información necesarios para poder cumplir el deber de proporcionar una atención integral. Se abandonó así el sistema de planificar los servicios sanitarios por áreas geográficas en función de las necesidades, algo que estaba en la base del NHS desde su creación en 1948. En su lugar, se dio entrada a las fuerzas del mercado y a su influencia, así como a la competencia entre los proveedores.

Una sentencia judicial reciente ha hecho que el gobierno inglés se dé cuenta de que puede haber perdido demasiado control y se propone la modificación la ley de 2012 con el fin de restaurar la función de planificación parcial, creando la figura de administradores especiales.

Esta figura, sin embargo, no tendría ninguna obligación complementaria en planificar los servicios de salud para la población de esa área en función de las necesidades; sino que su responsabilidad es simplemente asegurarse de que los trusts (fideicomisos que gestionan los hospitales en NHS) pueden pagar su deudas.

Los informes publicados por los administradores especiales sugieren que no han medido el grado de utilización de los servicios ni han proporcionado planes detallados de cómo han de ser atendidas las necesidades de la población del área. Esto sugiere que el 'régimen proveedor insostenible', un mecanismo existente en el NHS desde hacía años para abordar problemas financieros de los centros, está siendo utilizado simplemente para resolver las deudas de proveedores y acelerar el cierre de hospitales sin atender a criterios de equidad, o a las necesidades sanitarias del área local, o para abordar la atención de manera global.

No hay ni una sola línea referida a la responsabilidad jurídica para dar cumplimiento a las necesidades de salud de todos los residentes en un área geográfica. Los pacientes y el personal sanitario se encuentran amenazados por ello.

Desde que las obligaciones del Estado han quedado por completo diluidas en una mera promoción de un servicio comprehensivo de salud, puede el mismo Estado lavarse las manos sobre la necesidad de disponer de los mecanismos necesarios de planificación considerando las necesidades en salud de la población. El artículo explica cómo esta medida, adoptada por el gobierno inglés, está socavando la equidad en el acceso y el carácter integral en la provisión del servicio sanitario en Inglaterra.



Comentario

No pasa ningún mes sin que alguna de las principales revistas científicas médicas o sanitarias internacionales se refiera de forma crítica a las transformaciones que están sucediendo en el Servicio Nacional de Salud inglés (National Health Service; NHS, en sus siglas en inglés), desde la aprobación en 2012 y la entrada en vigor en 2013, de una Ley que ha supuesto la mayor transformación organizativa ocurrida en el NHS desde su creación. [En un anterior número de la revista Evidencias](#), ya nos hicimos eco de ello.

En esta ocasión, BMJ publica un artículo en el que muestra los desafíos que enfrentan en la actualidad los hospitales ingleses, y cómo las soluciones que se están planteando, como consecuencia de la entrada en vigor de la ley citada, están suponiendo de hecho un cierre planificado de servicios hospitalarios para resolver las deudas de proveedores, sin atender a criterios de equidad, o las necesidades sanitarias locales. Su autora principal, Allyson Pollock, es de los más destacados expertos en investigación en servicios de salud del Reino Unido. En la actualidad es profesora de Public Health Research and Policy; y Co-directora de la Unidad de Salud Global, Política de Salud e Innovación, en la Universidad de Londres. Con anterioridad, dirigió desde 2005 a 2011, el Centre for International Public Health Policy en la Universidad de Edimburgo. Es autora de un libro extraordinario e imprescindible para conocer en profundidad el proceso de privatización del NHS en estos últimos años ("NHS Plc: The Privatisation of Our Health Care").

En julio de 1948, en el Reino Unido, incluso con la economía del país por completo destrozada tras salir de la segunda guerra mundial, el sueño de anteponer la atención a la salud como derecho con carácter universal por

encima del nivel de renta de la persona o de cualquier otra consideración, se hizo realidad: la creación del NHS. Un estupendo documental de la BBC ([The NHS, a difficult beginning](#)) realizado en 2008, con motivo del 60 aniversario hace un repaso a lo que supuso. Y una interesante película reciente de Ken Loach ([El espíritu del 45](#)) revive esos memorables momentos históricos.

Lo que está pasando hoy en el NHS es de un enorme interés conocerlo y seguirlo, desde la perspectiva local, andaluza y española. Para muchos analistas, las transformaciones actuales del NHS con la nueva Ley, suponen la liquidación real del modelo como hasta ahora se conocía. Excepto en NHS Gales y NHS Escocia que no han entrado en ese proceso de radical transformación. Aunque la marca NHS va a seguir y seguirá pero como marca comercial, incluso declarada ya como franquiciable. A diferencia del sistema sanitario inglés fuertemente centralizado, el sistema sanitario en España es un modelo profundamente descentralizado, cuasi federal, con base en el modelo autonómico de Estado. Nuestra sanidad está fundada, en sus valores y esquema, por la Ley General de Sanidad de 1986, y en su desarrollo competencial de servicios sanitarios, por los estatutos de autonomía.

Con la nueva ley británica, el NHS ha pasado de ser un servicio público de salud a tener un esquema de servicios sanitarios que se encamina decididamente siguiendo el modelo sanitario de EEUU abierto de lleno al mercado de la salud, la industria de salud. Pero debido a que nunca habrá un anuncio en el parlamento que el NHS está privatizado, y debido a que los proveedores privados se les permite utilizar el logotipo de NHS, el cambio es paulatino y gradual. No hay un cambio repentino, sino a través de un largo y complejo conjunto de medidas legales y mercantiles que estando haciendo posible la entrada de una gran cantidad de proveedores privados en los servicios de salud. Y del ánimo de lucro de forma masiva en la asistencia sanitaria.

La atención sanitaria está cambiando. No solo es cada vez más fragmentada (como el director del King's Fund acaba de [afirmar recientemente](#)), sino que la responsabilidad de la asistencia sanitaria no recae en el Ministerio de Salud (como sucedía desde 1948), sino que recae en los multiproveedores sanitarios, incluidos ya privados, cuestión que destaca el artículo que comentamos. Aunque se va viendo poco a poco, y los profesionales y ciudadanos empiezan a constatarlo, que muchas cosas ya no son lo mismo. El ethos público, la forma de hacer las cosas, los resultados probables y la transparencia, se desvanecen tras el secreto comercial y mercantil de las empresas y la legislación que además protege ello. Todo empieza a ser diferente.

Las transformaciones en el NHS y sus consecuencias son un aviso de futuro. Tanto para la sociedad inglesa y los profesionales sanitarios, como para el presente y el futuro de otros servicios sanitarios, incluido el nuestro, de modelo similar en su constitución. Como los cambios drásticos que advertía el canario en la mina de carbón, cuyo canto era señal de buena calidad del aire y cuyo silencio presagiaba un riesgo inminente.

Referencia

Pollock AM, Price D, Kondilis E, Freitag A, Harding-Edgar L. Planning for closure: the role of special administrators in reducing NHS hospital services in England. *BMJ* 2013;347:f7322

Enlace

Disponible en: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f7322>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Intervenciones para la mejora de la adherencia terapéutica

Ingredientes de intervenciones exitosas para mejorar la adherencia a medicamentos

[Ingredients of Successful Interventions to Improve Medication Adherence]

Resumen

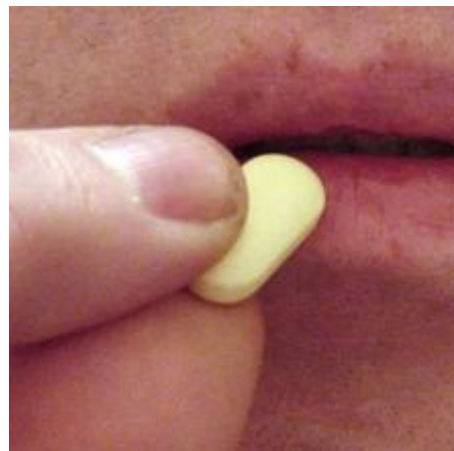
La no adherencia al tratamiento es muy común en pacientes con enfermedades crónicas. Este es un problema al que contribuyen diversos factores, el paciente, su entorno, los médicos, los cuidadores de los pacientes y el sistema en su conjunto.

Son muy altos los costes de la no adherencia, por ello es importante el desarrollo de programas que la mejoren, tanto para disminuir los costes, como para mejorar la salud de los pacientes.

Debido a que la falta de adherencia suele ser multifactorial, los programas de mejora necesitan adoptar enfoques integrales, a menudo con varias estrategias asociadas.

No hay una fórmula universal para resolver este problema, sin embargo, varios son los ingredientes esenciales que deben incluirse, como son, la formación, información y comprensión por parte del paciente sobre su patología y sobre su tratamiento, el seguimiento de la prescripción, la monitorización mediante múltiples formas y herramientas y el facilitar, de una forma más asequible, el acceso a los medicamentos.

Las nuevas tecnologías nos aportan herramientas que pueden mejorar la adherencia a los tratamientos por los pacientes. No obstante, la individualización y el conocimiento de la realidad del propio paciente y su entorno, son la clave para tener éxito a la hora de abordar este problema.



Comentario

Para que una intervención de mejora sea eficaz, lo primero que hay que hacer, es facilitar la información y formación al paciente. Éste debe saber la medicación que toma, cómo debe hacerlo y por qué la medicación es importante para su salud. El paciente debe estar motivado. El contenido de esta formación ha de estar adaptada a su nivel cultural y su entorno, debe ser personalizada para cada paciente, y puede ser impartida por el médico o cualquier otro miembro del equipo sanitario.

Se puede hacer también un seguimiento longitudinal del paciente mediante entrevistas por teléfono o con sesiones presenciales. En estos contactos se deben identificar comportamientos negativos, identificar barreras o dificultades para superarlas y mejorar la adherencia. Se debe intentar que el paciente asocie la toma de la medicación con otras actividades como, comer, levantarse, cepillarse los dientes, acostarse..., para que se le sea más fácil tomar la medicación.

El autocontrol de los pacientes es una herramienta importante tanto para el paciente como para el médico, ya que facilita información sobre su estado de salud: la monitorización de la tensión arterial, los niveles de glucosa, información clínica periódica sobre signos y síntomas del paciente. Las tecnologías pueden facilitar todo esto: pastilleros automáticos, monitores de tensión arterial o de actividad física, tapas de píldora inteligentes...

Los medicamentos pueden ser excesivamente caros para los pacientes. La facilitación de los medicamentos mediante la reducción de los copagos y otros costes, los hacen más asequibles. Estas son unas de las medidas más exitosas para incrementar la adherencia a la medicación.

No existe una solución universal para mejorar la adherencia. Lo ideal sería una combinación para obtener sinergias que multipliquen el resultado. Es necesaria la personalización para cada tipo de paciente; unos sólo necesitan información de un médico o un farmacéutico, otros sólo un contacto telefónico, otros un seguimiento estrecho por el médico o la enfermera, otros mensajes de texto al móvil, y otros visitas a su domicilio para conocer bien su entorno y adaptar los recursos al paciente.

Son muchas las soluciones tecnológicas que se están desarrollando para mejorar la adherencia: Mensajes de texto o de voz a los teléfonos móviles, registros de salud electrónicos, monitores de presión sanguínea, monitores de actividad física, balanzas digitales, tapas de pastillas electrónicas, blister inteligentes, apoyo entre pares basado en Web o comunidades de apoyo en línea, entre otras.

Es necesario crear y mantener nuevos programas que faciliten y aseguren la adherencia al tratamiento en todos los ámbitos.

Referencia

Zullig LL, Peterson ED, Bosworth HB. Ingredients of Successful Interventions to Improve Medication Adherence. JAMA. 2013 Dec 25;310(24):2611-2. doi: 10.1001/jama.2013.282818.

Enlace

Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1784085>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Las sesiones clínicas diarias son un elemento de seguridad fundamental

Tasas de errores médicos y de eventos adversos prevenibles entre los niños hospitalizados después de la puesta en marcha de un protocolo definido para la entrega de guardia en residentes

[Rates of Medical Errors and Preventable Adverse Events Among Hospitalized Children Following Implementation of a Resident Handoff Bundle]

Resumen

Importancia

La falta de comunicación en el traspaso de la guardia es una causa principal de errores médicos. Faltan estudios que desde un enfoque global evalúen los programas de mejora en la entrega de guardia.

Objetivo

Determinar si la realización de un programa de entrega de guardia que comprenda todos los aspectos del paciente, estaba asociado con la reducción de las tasas de errores médicos y de eventos adversos prevenibles, con menores omisiones de datos clave escritos en los traspasos de guardias, con la mejora de transferencias verbales, y con los cambios en el flujo de trabajo de los médicos residentes.

Diseño, desarrollo y participantes

Estudio de intervención prospectivo de 1.255 pacientes ingresados (642 antes y 613 después de la intervención), implicando a 84 médicos residentes (42 antes y 42 después de la intervención), de julio a septiembre de 2009 y de noviembre de 2009 y enero de 2010, en 2 unidades de hospitalización en el Hospital Infantil de Boston.

Intervenciones

Protocolo específico de entrega de guardia en médicos residentes, que consiste en formación en un protocolo de actuación concreto y específico para la entrega de guardia y en unas pautas de comunicación estandarizada, en la utilización de una reglas mnemotécnicas verbales, y en una nueva estructura del equipo de traspaso de la guardia. En una unidad, se introdujo una herramienta informatizada para la entrega de guardia, vinculada a la historia clínica electrónica.

Principales resultados y medidas

Los resultados primarios eran las tasas de errores médicos y los eventos adversos prevenibles medidos por la vigilancia sistemática diaria. Los resultados secundarios fueron las omisiones en el documento impreso de traspaso de la guardia y la actividad tiempo-movimiento del residente.

Resultados

Los errores médicos se redujeron de 33,8 por cada 100 ingresos (IC 95 % , 27,3-40,3) a 18,3 por cada 100 ingresos (IC 95 % , 14,7-21,9 , $p < 0,001$) y los eventos adversos prevenibles disminuyeron desde 3,3 por 100 ingresos (IC 95 % , 1,7 a 4,8) a 1,5 (IC del 95 % , 0,51-2,4) por cada 100 ingresos ($P = 0,04$) después de la intervención. Hubo menos omisiones de los elementos clave de traspaso de documentos impresos de traspaso, especialmente en la unidad que recibió el traspaso con la herramienta informatizada (reducciones significativas de las omisiones en 11 de 14 categorías con herramienta informática; reducciones significativas en 2 de 14 categorías sin herramienta informática). Los médicos pasaron un mayor porcentaje de tiempo en cómputo de 24 horas, junto al paciente, al lado de la cama, después de la intervención (8,3 % , IC del 95%: 7,1 % -9,8 %) frente al 10,6 % (IC 95 % , 9,2 % -12,2 % , $p = 0,03$) . La duración media de transferencias verbales por paciente no cambió. Las transferencias verbales ocurrieron con más probabilidad en un zona tranquila (33,3 % , IC 95 % , 14,5 % -52,2 % vs 67.9 % , IC 95 % , 50,6 % -85,2 % , $p = 0,03$) y en lugar privado (50.0 % , IC del 95 % , 30 % -70 % vs 85.7 % , IC 95 % , 72,8 % -98,7 % , $p = 0,007$) después la intervención.

Conclusiones y relevancia

La puesta en práctica de un programa específico de entrega de guardia esta asociada con una reducción significativa de los errores médicos y de los eventos adversos prevenibles en los niños hospitalizado. Se produjeron mejoras en los procesos de traspaso de la guardia verbal y escrita, sin cambiar de forma desfavorable el flujo de trabajo del residente.



Comentario

La seguridad es un aspecto importante en la práctica clínica; tiene poca discusión el que un paciente no adquiera una enfermedad debido a una asistencia sanitaria errónea. Sin embargo solo en los últimos años se le está prestando internacionalmente la atención adecuada. Los errores de medicación y la alta prevalencia de efectos indeseados que ocasionan, con resultado de muerte en muchos casos, muestran unas cifras alarmantes en publicaciones del Sistema de Salud de los Estados Unidos de América. Es por ello que en el Sistema Sanitario Público de Andalucía en los últimos años se han multiplicado las iniciativas sobre seguridad de pacientes.

No solo son los errores de medicación en la práctica médica, sino también los errores quirúrgicos tras confusión en el diagnóstico y durante la técnica, provocando un resultado deletéreo, además de una dura frustración y sentido de culpabilidad, respectivamente, en pacientes y profesionales. Cuando se estudia la tabla de eventos adversos que el Sistema Nacional de Salud británico ha listado en su informe de 2013/2014, se comprende la magnitud del problema. En ella, en el semestre abril-septiembre de 2013, se contabilizaron, entre otros errores, 69 casos de permanencia en el cuerpo del paciente de objetos postquirúrgicos (por ejemplo, instrumental), 37 casos de error por hacer la cirugía en el lado equivocado, 21 casos de error por implantar una prótesis equivocada, y, entre otros, varios errores de medicación [1].

La solución a lo que son simples problemas de comunicación ha encontrado aproximaciones importantes en los últimos años, entre otras iniciativas en los protocolos de seguridad quirúrgicos -"check lists"- o en la "entrega de la guardia"- "handoff bundle"- por parte de los médicos residentes.

La Agencia de Cuidados de Salud, Calidad e Investigación (AHRQ), junto con el Consejo de Acreditación para la Graduación Médica (ACGME) norteamericana, han identificado que las estrategias de "entrega de guardia" son prioritarias para mejorar la seguridad de pacientes y por ello han creado programas de formación en "entrega de guardia", basados en sesiones clínicas con asistencia de todos los médicos residentes y, obviamente, los miembros senior de los equipos, donde se reparte un listado con los pacientes y se anotan sus datos e incidencias clínicas. En un estudio de intervención mediante la introducción de un programa de "entrega de guardia", tras controlar 1.255 ingresos, se redujeron los errores en un rango de 18.3-33.8 %, además de otras variables que mejoraron significativamente la prevención de errores médicos prevenibles, no siendo posible mejorar los no prevenibles. La documentación de "entrega de guardia" fue fundamental en esta iniciativa frente a la preintervención de entrega sin documentación. Contrastan estos resultados con el hallazgo de que no se multiplicó el tiempo de trabajo informatizado ni puramente administrativo, aumentado el que estaba relacionado con el trato directo al paciente.

Por consiguiente, es importante resaltar que las sesiones clínicas diarias son, asimismo de una importante fuente de conocimiento, un elemento de seguridad fundamental y, además, deben ser muy rigurosas debiendo asistir todo el personal facultativo para discutir sobre los pacientes pero incluyendo documentación al respecto. Debe tomarse nota de ello porque en muchas Unidades o Servicios Clínicos en España parecen haberse convertido en un hecho voluntario para el que "no es necesario madrugar". Sin embargo, conviene recordar que, en nuestro país, la creación de un Acta en cada sesión es un documento de obligatorio cumplimiento que deben escribir los tutores de las Unidades Docentes que forman a médicos residentes, de manera que se pueda certificar que el médico residente ha participado, dentro de sus obligaciones, en cada sesión. Este Acta, cuando se reflejan todos los facultativos de la Unidad que han acudido, tiene no solo un valor clínico sino también legal, sobre todo ante problemas de seguridad. También en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, la Agencia de Calidad Sanitaria puede acreditar estas sesiones. Así pues las sesiones de "entrega de guardia" realizadas con pulcritud poseen más valor del que, a priori, podría pensarse.

Referencia

Starmer AJ, Sectish TC, Simon DW, Keohane C, McSweeney ME, Chung EY, Yoon CS, Lipsitz SR, Wassner AJ, Harper MB, Landrigan Ch P. Rates of Medical Errors and Preventable Adverse Events Among Hospitalized Children Following Implementation of a Resident Handoff Bundle. JAMA. 2013;310:2262-2270.

Ver también:

[1] National Health Service (NHS). England. Provisional never events data summary for Q1 and Q2 2013/14.

Enlace

Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1787406>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Ver también: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/nev-ev-data-sum-q1-...>

Revisiones

Cómo influye el conflicto de intereses en el resultado de la investigación**Conflicto de intereses financieros y sesgos de información observados en la asociación entre el consumo de bebidas azucaradas y el aumento de peso: una revisión sistemática de revisiones sistemáticas**

[Financial Conflicts of Interest and Reporting Bias Regarding the Association between Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain: A Systematic Review of Systematic Reviews]

Resumen**Introducción**

Los intereses financieros de los patrocinadores de la industria pueden introducir sesgos en las conclusiones de la investigación científica. Examinamos si la financiación de la industria o la existencia de potenciales conflictos de intereses han tenido influencia en los resultados de las revisiones sistemáticas (RSs) publicadas y llevadas a cabo en el ámbito del consumo de bebidas azucaradas (SSBs-en sus siglas en inglés-) y aumento de peso u obesidad.

Métodos y resultados

Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos PubMed, Cochrane Library y Scopus para identificar revisiones sistemáticas, desde el inicio de estas fuentes de información hasta el día 31 de agosto de 2013, de la asociación entre el consumo de SSBs y el aumento de peso y la obesidad. Las conclusiones de las revisiones sistemáticas fueron clasificadas de forma independiente por dos investigadores en dos grupos: aquellos que hallan una asociación positiva y aquellos que no. Estos dos revisores no conocían si existía financiación o posibles conflictos de intereses. Se han identificado 17 RSs (con 18 conclusiones). En 6 de estas RSs existía un potencial conflicto de intereses financieros con alguna industria de la alimentación. Entre las revisiones sin conflicto de intereses, el 83,3% de las conclusiones (10/12) indicaba que el consumo de SSB puede ser un potencial factor de riesgo para el aumento de peso. Por el contrario, el mismo porcentaje de conclusiones, 83,3%, (5/6), de las RSs con posible conflictos de intereses por financiación de la industria alimentaria, estableció que existían datos insuficientes para establecer la asociación positiva entre consumo de SSB y aumento de peso u obesidad. Estas revisiones con conflicto de intereses tuvieron una probabilidad 5 veces superior de presentar una conclusión de no asociación positiva que aquellas que no lo tenían (riesgo relativo: 5.0; CI: 1,3-19,3). Una limitación importante de este estudio es la imposibilidad de descartar la existencia de sesgos de publicación entre aquellos estudios que no declaran ningún conflicto de intereses. Sin embargo, grandes ensayos clínicos randomizados también apoyan una asociación directa entre el consumo de SSB y el aumento de peso o la obesidad.

Conclusiones

Los conflictos de intereses financieros pueden introducir sesgos en las conclusiones de las revisiones sistemáticas sobre consumo de bebidas azucaradas y el aumento de peso o la obesidad

**Comentario**

Aunque los autores reconocen que los estudios publicados que no declaran conflictos de intereses relacionados con la financiación de la industria alimentaria, pueden estar sometidos a otro tipo de sesgos, hecho especialmente argumentado por la industria y por los investigadores; el hecho de que los revisores de las revisiones sistemáticas no conozcan esta situación con anterioridad le da una mayor potencia a la conclusión principal.

Además esta conclusión, que no es nada más y nada menos, que las revisiones sistemáticas financiadas por la industria tienen una probabilidad cinco veces superior de aportar conclusiones que favorecen a las mismas que aquellas que no tienen dicha financiación, está apoyada en los resultados encontrados en grandes ensayos randomizados, que encuentran una asociación positiva entre el consumo de bebidas azucaradas y el aumento de peso o la obesidad.

Esta situación es delicada porque la evidencia científica no es precisa, aporta incertidumbre a las recomendaciones, y pueden tener un efecto negativo sobre la salud de grandes grupos de población.

Es necesario ayudar a los investigadores que trabajan con patrocinio financiero de la industria, que pueden estar presionados de manera consciente o inconsciente, desde las políticas editoriales y de publicación de las revistas científicas, dando una mayor importancia a esta cuestión, mediante la reformulación y refuerzo de la declaración de conflictos de intereses y los resultados que se publican.

Referencia

Bes-Rastrollo M, Schulze MB, Ruiz-Canela M, Martinez-Gonzalez A (2013) Financial Conflicts of Interest and Reporting Bias Regarding the Association between Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain: A Systematic Review of Systematic Reviews. PLoS Med 10(12): e1001578. doi:10.1371/journal.pmed.1001578

Enlace

Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed....>

Acceso libre

Revisiones

Gestión clínica y calidad de vida profesional

Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias

Resumen

Objetivo

Analizar la calidad de vida profesional en el modelo de gestión clínica de Asturias y comprobar si hay diferencias en los centros donde el modelo lleva implantado más tiempo o en función del ámbito asistencial (atención primaria o especializada).

Métodos

Se aplicó el CVP-35 (35 preguntas), anónimo y autocumplimentado, con tres preguntas adicionales. Se realizó un análisis descriptivo, univariado y bivariado, de las preguntas por separado y según las subescalas «Apoyo directivo» (AD), «Cargas de trabajo» (CT) y «Motivación intrínseca» (MI), siendo las principales variables independientes el ámbito asistencial y el tiempo como unidad o área de gestión clínica.

Resultados

De la población de estudio, 2.572 profesionales, respondieron 1.395 (54%) (el 67% en primaria y 51% en especializada). El 87% llevaba 5 años o más en su puesto. Para el 33% era su primer año en gestión clínica. El ítem con mayor puntuación fue la capacitación para el trabajo ($8,39 \pm 1,42$) y el más bajo los conflictos con los compañeros ($3,23 \pm 2,2$). Primaria obtiene resultados más altos en AD y calidad de vida en el trabajo, y especializada en CT. Respecto a la gestión clínica, las mejores puntuaciones se obtienen en las de 3 años y las peores en las de primer año. Las diferencias son especialmente favorables a la gestión clínica en especializada: las que más tiempo llevan perciben menos CT y más MI y calidad de vida.

Conclusiones

Llevar más tiempo en el modelo de gestión clínica se asocia con mejores percepciones en la calidad de vida profesional, sobre todo en atención especializada.



Comentario

El documento de trabajo "Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria", que sirvió para elaborar el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud allá por el año 2000, se inicia con una definición de la Gestión Clínica, de donde destacamos lo siguiente: "actuaciones de mejora que emprende un equipo clínico"; "proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo sea incorporar al profesional en la gestión..."

Y recalca la necesidad de la implicación tangible de la dirección como facilitadora y garantizadora de los derechos de ciudadanos y profesionales.

Por tanto, no hay gestión clínica sin contar con los profesionales, de ahí el interés de estudios que miden diversos parámetros en relación con los profesionales de diversos modelos de gestión clínica.

A pesar de no existir revisiones sistemáticas que confirmen que la autonomía de gestión produzca beneficios de salud u organizativos, sí existen experiencias que demuestran una mejora de la eficiencia y de la satisfacción de los profesionales y usuarios, como el que aquí traemos; aunque, para ser sinceros, también hemos encontrado alguna otra no tan positiva. Lo más curioso de estas últimas es que, en ellas, los profesionales no ponen en duda la eficiencia del modelo, sino la forma de llevarlo a cabo, lo que nos llevaría a preguntarnos hasta qué punto se ha contado con los profesionales en la implementación del modelo en cuestión.

El interés del trabajo que hoy presentamos está, en gran medida, relacionado con la obligatoriedad del propio modelo asturiano de realización de una encuesta anual de calidad de vida profesional (CVP) a la totalidad de sus profesionales, que se analiza en el artículo. Esto implica la asunción de la calidad laboral como un factor productivo clave en su modelo de gestión.

Entre los aspectos que influyen en la CVP destacan la satisfacción con el sueldo como uno de los ítems peor valorados, por lo que estiman la conveniencia de considerar alternativas de incentiación no económica (flexibilidad de horarios, carrera profesional...).

Entre las diferencias por ámbito de trabajo quedan patentes las diferencias en calidad de vida profesional según ámbitos: los profesionales de atención primaria perciben más apoyo directivo y calidad de vida en el trabajo y menos cargas de trabajo o demandas que los que percibe los de atención hospitalaria. Lo que se atribuye a que los

equipos de atención primaria, en general, sean equipos más pequeños y en un espacio físico más cercano lo que podría favorecer la comunicación y la organización del trabajo, y mejorar la percepción de calidad de vida profesional.

Por último, sus datos indican que las unidades de gestión clínica que llevan más tiempo constituidas tienen una mayor proporción de profesionales satisfechos, lo que se acentúa más aún en atención hospitalaria.

Referencia

Díaz C, Suárez O, Fueyo A, Mola P, Rancaño I, Sánchez AM, Suárez R y Díaz C. Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias. Gac Sanit. 2013;27(6):502-507.

Enlace

Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111300037X>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Mensajes clave para las personas que fuman en el siglo 21**Efectos globales de fumar, de dejarlo y de gravar fiscalmente el tabaco****Prevalencia del hábito de fumar y consumo de cigarrillos en 187 países, 1980-2012***[Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco]**[Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012]***Resumen**

El artículo de la revista *New England Journal of Medicine*, uno de cuyos autores es R. Peto, un destacado especialista de muy larga trayectoria en relación con el tabaco-salud, hace un repaso actualizado de los riesgos de fumar, los efectos rápidos que se observan tras dejarlo, así como las cuestiones relacionadas con las políticas de precios y las fiscales sobre el tabaco. Y lanza tres mensajes clave para los fumadores en el siglo 21.

En primer lugar, que el riesgo es grande. En estudios de gran envergadura llevados a cabo en Reino Unido, Estados Unidos, Japón, e India, se han analizado los efectos sobre la mortalidad en poblaciones de hombres y mujeres, personas muchas de las cuales comenzaron a fumar en la edad adulta temprana y continuaron fumando. Todos estos estudios mostraron que en la edad media de la vida (de 30 a 69 años de edad), la mortalidad entre los fumadores de cigarrillos era de dos a tres veces mayor que la mortalidad de personas similares pero que nunca habían fumado.

En segundo lugar, que muchos de los fallecidos estaban aún en la edad media de la vida. En promedio, los que murieron en la edad media por fumar perdieron cerca de 20 años de esperanza de vida, en comparación con las personas que nunca han fumado.

En tercer lugar, que dejar de fumar funciona. Los que han fumado cigarrillos desde la edad adulta temprana, pero dejan de hacerlo a los 30, 40, o 50 años de edad ganan alrededor de 10, 9 y 6 años de esperanza de vida, respectivamente, en comparación con aquellos que siguen fumando.

Por su parte, la revista *JAMA* dedica un número reciente casi monográfico al tabaco y la salud; en el artículo que revisamos aquí, se analiza el estado actual del consumo mundial y su evolución en los últimos 30 años.

Importancia

El tabaco es un importante factor de riesgo de enfermedad. Conocer las tendencias nacionales de prevalencia y consumo es fundamental para priorizar la acción y la evaluación del progreso en el control del tabaquismo.

Objetivo

Estimar la prevalencia de consumo diario de tabaco por edad y sexo y el número de cigarrillos por fumador y día en 187 países desde 1980 hasta 2012.

Diseño

Se identificaron de forma sistemática las fuentes representativas a nivel nacional que midieran el consumo de tabaco ($n = 2.102$ datos de año-país). Los datos de las encuestas en las que no se recogía el consumo diario de tabaco se ajustaron utilizando la media entre las diferentes definiciones. Para estimar las prevalencias por edad, sexo, país y año se utilizó un modelo de regresión gaussiano espacio-temporal a partir de las observaciones edad - sexo - país - año ($n = 38.315$). Para estimar los cigarrillos por fumador y día se utilizaron los datos sobre el consumo de cigarrillos.

Principales resultados y medidas

Prevalencia estandarizada por edad según el modelo de consumo diario de tabaco por edad, sexo, país y año; cigarrillos por fumador y día, por país y año

Resultados

La prevalencia global estandarizada por edad según el modelo de consumo diario de tabaco en la población mayor de 15 años disminuyó de 41,2% (95% intervalo de confianza [IC], 40,0% -42,6%) en 1980 a un 31,1% (95% IC, 30,2% -32,0%, $p < 0,001$) en 2012 para los hombres y del 10,6% (95% IC, 10,2% -11,1%) a 6,2% (95% IC, 6,0% a 6,4%, $p < 0,001$) para las mujeres. La prevalencia global según el modelo disminuyó a una tasa más rápida desde 1996 hasta 2006 (tasa media anual de descenso, del 1,7%, y el 95% IC, 1,5% -1,9%) en comparación con el período posterior (tasa media anual descenso, del 0,9%, y el 95% IC, 0,5% -1,3%, $p = 0,003$). A pesar del descenso en la prevalencia



en el modelo, el número de fumadores diarios se incrementó de 721 millones (95% IC, 700-742 millones) en 1980 hasta 967 millones (95% IC, 944 millones a 989 millones, $p < 0,001$) en 2012. Las tasas de prevalencia según el modelo muestran una variación considerable por edad, sexo y países, con tasas inferiores al 5% para las mujeres en algunos países de África a más del 55% para los hombres en Timor-Leste e Indonesia. El número de cigarrillos por fumador y día también varía ampliamente entre países y no se correlaciona con la prevalencia modelizada.

Conclusiones y relevancia

Desde 1980, se observan importantes descensos en la prevalencia estimada de consumo diario de tabaco a nivel mundial, tanto para hombres como para mujeres, pero debido al crecimiento demográfico, el número de fumadores aumentó significativamente. Como el tabaco sigue siendo una amenaza para la salud de la población mundial, es necesario intensificar los esfuerzos para controlar su consumo.

Comentario

El año 2014 marca el 50 aniversario de la publicación del primer informe sobre los efectos para la salud del hábito de fumar. Sus conclusiones dieron lugar a nuevas investigaciones sobre las consecuencias tanto del consumo de tabaco como de las posibles intervenciones para reducir su prevalencia y el consumo de cigarrillos. Desde entonces se han ido poniendo en marcha una amplia gama de intervenciones, desde el incremento de los precios hasta las prohibiciones sobre publicidad, promoción, venta a menores y fumar en lugares públicos. La aprobación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en 2003 y su posterior ratificación por 177 países reflejan los esfuerzos mundiales para controlar el tabaquismo. A pesar de estos esfuerzos, el tabaco sigue teniendo un impacto negativo en los patrones globales de salud.

El artículo presenta las tendencias nacionales de prevalencia de tabaquismo y consumo de cigarrillos por edad y sexo en 187 países.

Para España se estima que la prevalencia estandarizada por edad se ha reducido de 44,4% (39,4-49,6) en 1980 a 29,5% (26,9-32,2) en 2012 para hombres, aunque la reducción ha sido menor en mujeres para las que la prevalencia estimada en 1980 es de 28,3% (22,8-34,1) y de 23,2% (20,3-26,4) en 2012. A pesar del mayor descenso en la prevalencia estimada para los hombres, el número estimado de fumadores diarios se ha incrementado de 9,5 millones en 1980 hasta 9,8 millones en 2012, no observándose un descenso significativo del consumo medio diario de cigarrillos por fumador (20,0 cigarrillos/ día con IC 18,0-22,1).

Al margen de estos datos, algo desalentadores para nuestro país, siguen siendo necesarios esfuerzos adicionales para diseñar e implantar intervenciones efectivas desde todos los sectores de la sociedad tanto a nivel poblacional como individual.

Referencia

Ng M, Freeman MK, Fleming TD, et al. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012. JAMA. 2014; 311(2):183-192.

Jha P, Peto R. Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco. N Engl J Med 2014;370:60-8.

Enlace

Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1812960>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1308383>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

El avance de la erosión en el sistema nacional de salud español

Erosión de la cobertura sanitaria universal en España

[Erosion of universal health coverage in Spain]

Resumen

Mientras las resoluciones de las Naciones Unidas recomiendan a sus países miembros avanzar en el acceso universal a servicios de calidad asumibles, el gobierno español (mediante la aplicación del RD 16/2012) socava el principio de universalidad en España, a la vez que somete a los diferentes servicios de salud a recortes por encima del 10% (13.7% en 2012 y 16.2% en 2013).

A raíz de ello, al menos 873.000 personas han perdido el derecho a la asistencia sanitaria.

Al margen de las dificultades administrativas para el acceso y de la limitación de la atención para enfermedades severas (salud mental, enfermedades crónicas), podrían producirse serias consecuencias para la salud poblacional (tanto de excluidos como de asegurados).

Así mismo pacientes aquejados de enfermedades crónicas severas (hepatitis C, Infección por VIH, algunos tipos de cáncer) deberán de pagar un 10% del coste hospitalario de sus tratamientos.

Debido a la introducción de copagos se calcula que cerca de un 17% de pensionistas incumplen los tratamientos propuestos al no poder asumir su coste.

Los autores concluyen afirmando que las medidas de recorte no sólo no han servido para mejorar la situación económica, sino que existen cada vez más pruebas de que ello está significando una amenaza cierta para la salud de los españoles.



Comentario

El grupo de investigación de la London School of Hygiene and Tropical Medicine de Martin Mckee y Helena Legido_Quigley, con la colaboración destacada de investigadores españoles como Carlos Álvarez Dardet y José María Martín Moreno han venido publicando análisis parciales sobre el proceso de desmantelamiento del sistema nacional de salud español y de sus consecuencias.

En esta ocasión y con la colaboración de Médicos del Mundo aportan alguna información complementaria a lo previamente publicado.

Su carta no aporta información especialmente novedosa, pero reafirma lo que cada vez es más evidente: las políticas de austeridad, además de ser éticamente muy discutibles (al excluir de la atención sanitaria nada menos que a un millón de personas aproximadamente), están empezando a amenazar la salud de la población española.

No parece sin embargo que todo ello importe mucho a los responsables de tales políticas.

Referencia

Legido-Quigley H,Urdaneta E,Gonzalez A, La Parra D, Muntaner C, Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno JM, McKee M. Erosion of universal health coverage in Spain. Lancet 2013 Dec 14;382(9909):1977. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62649-5.

Enlace

Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2962...>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

¿Hay igualdad de género en la ciencia?

Desigualdad global de género en la ciencia

[Global gender disparities in science]

Resumen

A pesar de las buenas intenciones e iniciativas diversas, la desigualdad de género en ciencia sigue siendo grande. Aunque hay más mujeres que hombres en los estudios de grado y postgrado, existen relativamente pocas profesoras a tiempo completo, y las desigualdades de género persisten en la contratación, ingresos, financiación, y creación de patentes.

De media, los hombres publican más artículos que las mujeres, existiendo diferencias en diversos campos y subcampos. Las mujeres publican significativamente menos artículos en áreas en las que la investigación es más costosa, como física de altas energías, posiblemente como consecuencia de las políticas y procedimientos de asignación de fondos. También tienen menos posibilidades de participar en colaboraciones y de firmar en primer o último lugar. No existe un consenso sobre las razones de estas diferencias aún contemplando los periodos de maternidad y crianza.

Se presenta un análisis bibliométrico global y multidisciplinar analizando los siguientes aspectos:

- en primer lugar, la relación entre género y resultados de la investigación (estudiando la autoría de los trabajos publicados);
- en segundo lugar, el grado de colaboración (estudiando la co-autoría); y,
- en tercer lugar, el impacto científico de todos los artículos indexados en la Web of Science entre 2008 y 2012 (mediante el análisis de las citas bibliográficas).

En los países más productivos, todos los artículos firmados por mujeres en posiciones dominantes de autor reciben menos citas que los firmados por hombres en las mismas posiciones. Teniendo en cuenta que las citas juegan un papel preponderante en la evaluación de los investigadores, este hecho no hace sino aumentar las desigualdades en materia de género.

En países con producción científica sensiblemente menor, la autoría femenina es más frecuente.

Las disciplinas en las que dominan las mujeres, son las que están asociadas a "cuidados": enfermería, matronas, educación, habla, lenguaje y audición, trabajo social y biblioteconomía. Las disciplinas dominadas por hombres son: ciencias militares, ingeniería, robótica, aeronáutica, astrofísica, física de altas energías, matemáticas, informática, filosofía y económicas.

En resumen, el estudio apoya la evidencia de algo que se conoce de forma intuitiva: las barreras para la mujer en la ciencia siguen siendo generalizadas en todo el mundo. Así, menos del 6% de los países representados en la Web of Science se acercan a lograr la paridad de género en publicaciones científicas.



Comentario

El trabajo bibliométrico que se nos presenta intenta demostrar, con datos y evidencias, que también en ciencia existen desigualdades de género.

De una manera intuitiva, ya se sabía que es así puesto que, como el propio autor reconoce, los datos de número de profesores de uno y otro sexo con dedicación completa, son claramente favorables al género masculino. Las explicaciones que tiene que ver con los periodos de maternidad y cuidado de menores no son suficientes. Y, desde luego, las políticas que se siguen en algunos países, tampoco.

Es curioso comprobar cómo incluso en aquellas áreas predominantemente femeninas, como la enfermería o la biblioteconomía, los cargos de máxima responsabilidad suelen estar ocupados, con demasiada frecuencia, por profesionales de género masculino. ¿Un tema cultural? Desde luego, no existe ninguna evidencia científica que demuestre que un hombre desarrolla mejor que una mujer una investigación científica, por ejemplo, pero sí que existe evidencia de que, casi invariablemente, la mujer tiene un salario inferior y ocupa en menor número, cargos de responsabilidad. Y ello sin tomar en consideración la opresión a las mujeres en países árabes o algunos asiáticos.

El mundo científico es también un reflejo de la sociedad y, como tal, reproduce las desigualdades de género que

existen incluso en los países que definimos como más desarrollados. Por otro lado, la conciliación familiar en la mayor parte de los casos recae a expensas de la sobre dedicación que ha de hacer la mujer. Con demasiada frecuencia las mujeres que se enfrentan a ocupar relevantes responsabilidades en el mundo empresarial o en la esfera pública se enfrentan a ese dilema que, en muchos casos, implica tener que realizar evidentes formas de renuncia profesional o de otro orden, como mujer. Al menos en nuestro país

Referencia

Sugimoto CR. Global gender disparities in science. Nature. 2013 [consulta 23 Ene 2014];504: 211-3.

Enlace

Disponible en: <http://www.nature.com/news/bibliometrics-global-gender-disparities-in-sc...>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Medicalización de la vida en consulta ¿Hacia dónde caminamos?**Medicalización de la vida en consulta: ¿Hacia dónde caminamos?****Resumen**

El poder de la medicina ha hecho atractiva la idea de «medicalizar» aspectos de la vida que se pueden percibir como problemas médicos aun sin serlo.

La medicina, como reflejo de la cultura del bienestar, genera en ocasiones falsas necesidades, y aspectos de la vida cotidiana son medicalizados con el pretexto de tratar falsas enfermedades como astenia primaveral y timidez, o procesos biológicos naturales como la menopausia.

A pesar del mayor bienestar material, cada día atendemos a más personas que se quejan de malestares que quizá tengan más que ver con «estar mal» que con auténticas «enfermedades».

La lista puede ser interminable: tristeza, niños hiperactivos, vigorexias o adolescentes problemáticos, entre otros.

En este artículo se revisan algunas intervenciones que desde la consulta contribuyen a fomentar dichas situaciones.

La adversidad cotidiana adquiere hoy rango de enfermedad, de ahí el notable aumento de las consultas en los diferentes dispositivos sanitarios.

**Comentario**

Es un artículo que invita a la reflexión y el análisis del contenido de nuestra práctica del día a día. En él se pretende analizar el problema de la medicalización exponiendo determinadas actitudes, que favorecen su extensión y ofreciendo claves que deberían tenerse presentes para frenar este problema.

Respecto a esto, todos los profesionales debemos trabajar sobre todo por devolver a nuestros pacientes la autonomía, tanto en la prevención y promoción de la salud como en la curación de enfermedades, pero sobre todo en el afrontamiento de los problemas del devenir de la propia vida.

No debemos olvidar que la medicina es limitada tanto por los recursos, como por su propia definición.

No todos los problemas son solucionables, y por supuesto no todos los problemas son médicos; debemos devolver los problemas sociales a la sociedad y los problemas personales a las personas. Si el objeto de la prevención y promoción de la salud es mejorar la calidad de vida y disminuir el número de enfermos, y lo que hemos conseguido es generar más personas que se sienten enfermas y limitadas en sus vidas, hemos fracasado.

Es necesario revisar el contenido de nuestras consultas, e incluso dar una vuelta de tuerca a los programas de salud. Se necesita tiempo de escucha a los pacientes, para ayudarles a encontrar la solución a los problemas o el apoyo para sobrellevarlos en sus propias vidas.

Es hora de realizar un trabajo multidisciplinar para devolver los problemas colectivos a la colectividad. No debemos olvidar que los sanitarios no somos los únicos activos para solucionar problemas, es necesario trabajar en red con asociaciones, voluntariados, servicios sociales... para dar y orientar las respuestas.

Referencia

Cerecedo M.J, Tovar M, Rozadilla A. Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? Aten Primaria. 2013;45(10):536-540

Enlace

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.008>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un Área Sanitaria

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un Área Sanitaria

Resumen

Objetivos

1. Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios de un área sanitaria.
2. Determinar si el nivel de cultura de seguridad del paciente difiere de otros estudios.
3. Evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejora.



Material y métodos

Estudio descriptivo transversal que recogió los resultados del nivel de cultura de seguridad realizada a una muestra aleatoria de 247 profesionales sanitarios de un área sanitaria utilizando la encuesta Hospital Survey on Patient Safety and Culture (HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano. Se analizaron las respuestas positivas y negativas a los 42 ítems y la calificación global comparándose los resultados a nivel internacional y nacional.

Resultados

Se analizaron 176 encuestas (tasa respuesta: 71,2%). El 50% califican el clima de seguridad como muy bueno, el 37% como aceptable y el 7% como excelente. Como fortalezas destacan las dimensiones «trabajo en equipo dentro de las unidades» (80,8%) y «expectativas y acciones de la dirección» (80,5%). Como oportunidades de mejora se identifican las dimensiones «dotación de personal» (37,9%), «respuesta no punitiva a los errores» (41,6%) y «notificación de eventos adversos» (49,0%).

Conclusiones

Se han identificado las fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad en un área sanitaria. El benchmarking realizado a nivel internacional sitúa nuestra cultura de seguridad en la media de los hospitales, mientras que en la comparación realizada con estudios nacionales nuestros resultados son superiores a la media de hospitales.

Comentario

Promover y desarrollar una cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes, en cualquier ámbito de la asistencia sanitaria es uno de los objetivos de la estrategia de la seguridad que se encuentra en el ámbito de Andalucía, en el III Plan de Calidad 2010-2014 y en la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014.

En ambos documentos, se establece que los profesionales, en el entorno organizativo asentado en el modelo de Gestión Clínica, debían constituirse como agentes facilitadores y garantes de una provisión de servicios sanitarios seguros y de alta calidad, para lo que resultaba determinante conocer cuál es su cultura de seguridad. Asimismo, en el Plan de Calidad 2010 del Sistema Nacional de Salud se recoge la importancia de promover la cultura de seguridad del paciente.

En este sentido, se han promovido en los últimos años diversos estudios que informan del estado de la seguridad de pacientes en distintos aspectos de la atención sanitaria. Todos los estudios realizados recomiendan la necesidad de un cambio cultural entre los profesionales que facilite la promoción de una cultura proactiva para la seguridad del paciente.

Desde el año 2003 en que se publica el informe del NQF (Nacional Quality Forum) han sido numerosas las iniciativas internacionales para elaborar cuestionarios que permitieran valorar la cultura de seguridad de pacientes en las organizaciones sanitarias. Las principales limitaciones del estudio están relacionadas con la selección de la herramienta para medir la cultura de seguridad de pacientes, la representatividad de los datos a nivel de unidad clínica o categoría profesional y el sesgo de no respuesta. En el momento actual no existe en la literatura científica revisada ningún cuestionario que valore la cultura de seguridad del paciente en el contexto de áreas sanitarias.

Referencia

Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria.

Revista Calidad Asistencial. 2013; 28(6):329-336

Enlace

Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X13000511>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Últimos datos de supervivencia de cáncer en Europa

Supervivencia de cáncer en Europa en el período 1999-2007, según país y edad: resultados del estudio EUROCARE-5, un estudio de base poblacional

[Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5 - a population-based study]

Resumen

EUROCARE (European Cancer Registry based study on survival and care of cancer patients) es el estudio de base poblacional sobre supervivencia de cáncer más importante en Europa. Desde hace más de 20 años, proporciona estimaciones de la supervivencia de cáncer en Europa. Su reciente actualización, ha puesto de manifiesto diferencias en la supervivencia de cáncer entre los países que participan en el mismo. Por otro lado, también ha mostrado que, en general, la supervivencia de cáncer está mejorando. La mayor parte de las mejoras en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer se produjeron a principios de los años 2000. EUROCARE-5 ha permitido analizar su efecto sobre la supervivencia de cáncer en 29 países europeos.

En EUROCARE-5 se analizan datos de 10 millones de casos de cáncer diagnosticados en el período 1999-2007, y seguidos hasta el año 2008, procedentes de 107 registros de cáncer de base poblacional europeos, con criterios de calidad estandarizados.

Se estimó la supervivencia relativa a 5 años, ajustada por edad y país, de los pacientes diagnosticados de 46 tipos de cáncer (96% del total del cáncer) entre los años 2000 a 2007.

También se calculó la supervivencia específica, según país y edad, para los 10 cánceres más frecuentes, así como las diferencias en la supervivencia entre diferentes períodos de estudio en las distintas fases de EUROCARE (1999-2001, 2002-2004 y 2005-2007).

La supervivencia relativa de cáncer a 5 años aumentó, en general, en todas las regiones europeas.

Los incrementos en la supervivencia entre los períodos 1999-2001 y 2005-2007 fueron más notables para el cáncer de próstata 73.4% (IC 95%: 72.9-73.9) versus 81.7% (IC 95%: 81.3-82.1), linfoma no-Hodgkin 53.8% (IC 95%: 53.3-54.4) versus 60.4% (IC 95%: 60.0-60.9), y el cáncer rectal 52.1% (IC 95%: 51.6-52.6) versus 57.6% (IC 95%: 57.1-58.1).

La supervivencia en el este de Europa fue en general baja, e inferior a la media europea, sobre todo para los cánceres de pronóstico bueno o intermedio. En cambio, la supervivencia fue alta en los países del Norte, Centro y Sur de Europa. En países como Reino Unido e Irlanda se encontró que la supervivencia fue intermedia para los cánceres de recto, mama, próstata, melanoma cutáneo, y linfoma no-Hodgkin, mientras que fue baja para los cánceres de riñón, estómago, ovario, colon y pulmón. En particular, la supervivencia de cáncer de pulmón fue considerablemente más baja, en todos los períodos estudiados, en Reino Unido e Irlanda con respecto a otras regiones europeas. No obstante, debe considerarse que los resultados de cáncer de pulmón de algunas regiones (Europa central y del Este) pueden estar sobreestimados. La supervivencia disminuyó, en general, con la edad, si bien la magnitud de esta disminución varió según la región o el tipo de cáncer.

Los avances en el manejo del cáncer hasta el año 2007 parecen tener como resultado una mejora de la supervivencia en Europa.

Las diferencias en la supervivencia entre algunos países se podrían explicar en base a diferencias en:

1. El estadio en el momento del diagnóstico y la accesibilidad a la atención sanitaria de calidad.
2. Los procedimientos diagnósticos y de cribado de cáncer.
3. La naturaleza de la enfermedad (biología del cáncer).

Otros aspectos como el status socio-económico, los estilos de vida y la salud general de las poblaciones también pueden jugar un papel en estas variaciones. Son necesarios más estudios para interpretar estos resultados y minimizar estas diferencias.



Comentario

El estudio EUROCARE proporciona información sobre supervivencia de cáncer en Europa en los últimos 20 años. Avances importantes en el manejo del cáncer, como la implantación de programas de cribado universales (mama, cérvix, y colon-recto, en parte), el cribado oportunista del cáncer de próstata, el diagnóstico temprano de algunos cánceres (melanoma, tiroides, pulmón y otros), la mejora en los procedimientos diagnósticos, y los nuevos tratamientos han podido tener un efecto sobre el aumento de la supervivencia de cáncer que se ha observado en el último período de estudio: 1999-2007.

El estudio EUROCARE-5 muestra que la supervivencia relativa a 5 años más elevada corresponde a los cánceres de: testículo (88.6%, IC 95%: 87.4-89.7), labio (88.1%, IC 95%: 86.6-89.4), tiroides (86.5%, IC 95%: 86.1-87.0), próstata (83.4%, IC 95%: 83.1-83.6), melanoma cutáneo (83.2%, IC 95%: 82.9-83.6), mama (81.8%, IC 95%: 81.6-82.0) y linfoma de Hodgkin (80.8%, IC95%: 80.2-81.4). Aproximadamente un tercio del total de los casos de cáncer presenta una supervivencia superior al 80%. En cambio, la supervivencia es inferior al 30% para una cuarta parte de todos los cánceres.

La supervivencia relativa a 5 años, estandarizada por edad, del cáncer de pulmón fue la más baja (13%, IC 95%: 12.9-13.1) de los 10 cánceres de mayor frecuencia que se analizaron (estómago, colon, recto, pulmón, melanoma cutáneo, mama, ovario, próstata, riñón y linfoma no-Hodgkin). Las diferencias geográficas en la supervivencia no fueron muy importantes, si bien la supervivencia del cáncer de pulmón fue más baja en Reino Unido e Irlanda (9%), en relación con otros países europeos (14.8%). La edad al diagnóstico fue un determinante de la supervivencia de este cáncer, siendo mayor en los pacientes jóvenes (15-44 años: 24.3%) que en los de más de 75 años de edad (7.9%).

Según los últimos datos de EUROCARE, el número de adultos que sobreviven durante al menos 5 años al diagnóstico de cáncer en el período 1999-2007 ha aumentado de manera constante a lo largo del tiempo en todas las regiones europeas, si bien se siguen observando variaciones en la supervivencia de cáncer entre países europeos. Los países con menor supervivencia para la mayoría de los cánceres son los de la Europa del Este (Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania, Polonia y Eslovaquia), donde la supervivencia es inferior a la media europea, en particular para cánceres de buen pronóstico, como el cáncer de colon-recto, linfomas y melanomas cutáneos.

Los países nórdicos, excepto Dinamarca, los países de Europa Central, como Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Suiza y los Países Bajos, y algunos países del sur de Europa (Italia, Portugal y España) tienen la mejor supervivencia para la mayoría cánceres.

Estas diferencias en la supervivencia no sólo son atribuibles a los recursos que destinan los países a sus sistemas de salud, sino también a otros factores que afectan al acceso y a la organización del sistema sanitario, como el estatus socio-económico, los estilos de vida y el estado de salud general de la población. Otros aspectos que también han podido influir sobre estas diferencias son las variaciones entre los países en relación con los procedimientos diagnósticos, la implementación de programas de cribado, los protocolos terapéuticos, etc.

El análisis de las tendencias temporales de la supervivencia requiere de la interpretación conjunta de las tendencias de la incidencia y de la mortalidad. Esta información es de utilidad para formular políticas sanitarias para la vigilancia y el control del cáncer en la población.

Los datos de casos de cáncer diagnosticados en el período en estudio 1999-2007, proceden de 107 registros de cáncer de base poblacional europeos, con criterios de calidad estandarizados. En el caso de España los datos proceden de 9 Registros de Cáncer de población (Albacete, Castellón, Cuenca, Girona, Granada, Murcia, Navarra, País Vasco y Tarragona).

Referencia

De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, Trama A, Visser O, Brenner H, Ardanaz E, Bielska-Lasota M, Engholm G, Nennecke A, Siesling S, Berrino F, Capocaccia R4; EUROCARE-5 Working Group. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol.* 2014 Jan;15(1):23-34. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70546-1. Epub 2013 Dec 5.

Enlace

Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204513705461>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Epidemia de demencia: nuevas formas de analizarla

Nuevas formas de entender la epidemia de demencia

[*New Insights into the Dementia Epidemic*]

Resumen

Descrita en la década de 1980 como "la epidemia silenciosa", la demencia en los ancianos pronto se convertirá en una llamada de atención para los expertos en salud pública a nivel mundial.

Aunque los datos demográficos impulsarán un aumento en el número de casos de demencia, los últimos estudios apuntan a la disminución de las tasas de incidencia o prevalencia específicas por edad en las personas nacidas después de la primera mitad del siglo 20.

Por el momento, la evidencia apoya la teoría de que una mejor educación y un mayor bienestar económico aumentan la esperanza de vida y reducen el riesgo de demencia en la tercera edad en las personas que sobreviven a la vejez. Los resultados también sugieren que el control vascular y de otros factores de riesgo durante la mediana edad y la vejez temprana tiene beneficios no previstos.

La investigación sobre la prevención de demencias tardías debería explorar formas de reducir los factores de riesgo, tanto en la sociedad como en los niveles personales. No sabemos hasta qué punto un mejor control de los factores de riesgo puede reducir las tasas de demencia. Sin embargo, una tendencia potencialmente amenazadora que podría revertir la reducción del riesgo es la creciente prevalencia de obesidad y diabetes en las personas de mediana edad e incluso más jóvenes.

La mejora en la esperanza de vida sin duda dará lugar a un incremento en el número de personas mayores que sufran de demencia al final de sus vidas. Este hecho por sí solo, además de las tendencias de población, justifica el valor de aprender más sobre el estilo de vida y los factores de riesgo que afectan a las tasas de demencia.



Comentario

En este artículo los autores, tras la revisión de algunos estudios publicados recientemente, evidencian el por qué modificar el estilo de vida de las personas puede ser más importante que la medicación en la prevención de la demencia.

La consistencia de los hallazgos encontrados parece ser alentadora sobre todo si tenemos en cuenta las proyecciones de población mayor de 75 años. Los casos de demencia se incrementan de forma exponencial con la edad, siendo previsible una auténtica epidemia en los próximos años debido al envejecimiento progresivo de la población. Los datos publicados muestran que constituyen la principal causa de discapacidad y dependencia en el anciano, y comportan una carga de morbilidad y mortalidad muy importante. Todo esto supone un elevado coste económico, social y sanitario, que principalmente recae sobre la familia.

Actualmente, los programas de detección precoz y los tratamientos disponibles permiten una mejora en la calidad de vida del paciente y del cuidador, sin embargo el disponer de medidas preventivas que lograra reducir tanto la incidencia como la prevalencia de demencia conllevaría además una reducción del impacto económico y social de la enfermedad.

El control individual de los factores de riesgo proporcionaría beneficios sustanciales para la salud pública reduciendo las tasas de demencia en edades avanzadas del mismo modo que el control de los factores de riesgo cardiovascular ha tenido efectos notables en la reducción de las tasas de incidencia de accidente cerebrovascular y de infarto de miocardio.

Referencia

Larson EB, Yaffe K, Langa KM. New Insights into the Dementia Epidemic. N Engl J Med 2013; 369:2275-2277.

Enlace

Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1311405>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

La revista Science ha elegido la inmunoterapia en cáncer como lo más destacado en 2013**Inmunoterapia en cáncer***[Cancer Immunotherapy]***Resumen**

En la sección Breakthrough of the Year 2013, se hace un resumen de la investigación realizada en este campo de la medicina, desde sus inicios, a finales de 1980. Investigadores franceses descubrieron una nueva proteína receptora en la superficie de la célula T, denominada antígeno 4 del linfocito T citotóxico (CTLA-4). James Allison (experto en inmunología del cáncer) encuentra que este antígeno frena las células T, previniendo el ataque inmune y otras acciones, y lleva a cambiar el discurso de la investigación en cáncer: la inmunosupresión como foco principal, a su manipulación como meta.

El CTLA-4 se descubrió en 1987. En 1996, Allison publicó en la revista Science, como los anticuerpos contra el CTLA-4 eliminaba el tumor en ratones. A partir de este momento, las compañías farmacéuticas comenzaron a trabajar en este campo, siendo crucial el resultado obtenido en 2010 donde se mostraba por primera vez que se producía una mayor supervivencia en pacientes con melanoma avanzado.

Otros anticuerpos son mejores y sus efectos secundarios menores. En la década de 1990 se descubrió en Japón una molécula en células T, llamada muerte programada 1 (PD-1), que también frena la célula T. Con posterioridad, se desarrollaron anticuerpos PD-1 para su uso en personas. El primer ensayo clínico se hizo en 2006, en 39 pacientes con 5 tipos distintos de cáncer, en los que obtuvieron resultados superiores a los esperados. En algunos de los pacientes los resultados positivos (supervivencia) continuaron después de cesar la terapia, lo que sugiere un cambio del sistema inmunológico.

Otras investigaciones se están desarrollando, aunque su aplicación clínica es aún limitada. Es el caso de la terapia CAR (chimeric antigen receptor therapy), tratamiento personalizado que implica la modificación genética de las células T de los pacientes cuya diana es la célula tumoral. Esta terapia se ha probado en pacientes adultos y niños con leucemia con resultados muy esperanzadores.

La ingeniería de las células T es todavía experimental, pero el desarrollo de anticuerpos es el principal objetivo. Al menos 5 compañías farmacéuticas están desarrollando anti-PD1. En 2011, la FDA aprobó el tratamiento con anti-CTLA-4 (ipilimumab) para el tratamiento del melanoma metastático, aunque su coste es muy elevado. En 2012, se ha probado con bastante éxito el tratamiento con anti-PD-1 en casi 300 pacientes con melanoma (31%), cáncer renal (29%) y pulmón (17%).

En 2013, los resultados son aun más esperanzadores. De 1800 pacientes con melanoma tratados con ipilimumab, el 22% de ellos viven a los tres años. En Junio, los investigadores han demostrado que la combinación de ipilimumab y anti-PD-1 produce una regresión más profunda y rápida del tumor.

No todos los pacientes ni todos los tumores parecen beneficiarse de este tipo de tratamiento, una parte de la investigación futura será identificar biomarcadores que den respuesta y pueda experimentarse en tratamientos más potentes.

**Comentario**

Parece ser que la decisión de elegir la mejor investigación de 2013, no ha resultado fácil para la prestigiosa revista Science. La elección final parece muy acertada porque supone un avance importante en el tratamiento contra el cáncer, donde ya ha demostrado que se produce un aumento de la supervivencia con la inmunoterapia.

Este concepto no es nuevo, y desde hace bastantes años, algunos investigadores (William Coley, 1982) ya sospechaban que este tipo de tratamiento podría mejorar (incluso curar) algunos cánceres. Aunque nunca se abandonó del todo esta hipótesis, la investigación ha comenzado a dar sus frutos hace relativamente pocos años, y desde entonces, los resultados de los estudios han superado las expectativas de los investigadores, sobre todo en el caso de pacientes con tumores muy avanzados y metastáticos.

Ahora bien, aún queda mucho camino por recorrer porque no todos los pacientes se benefician del tratamiento ni todos los tumores.

Otro aspecto que no se debe olvidar, menos aún en estos tiempos en los que se cuestiona la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos, es el coste de estos tratamientos, que es muy elevado y que podría llegar a ocasionar una mayor desigualdad en el acceso a la inmunoterapia en cáncer, tan prometedora.

Referencia

Jennifer Couzin-Frankel. Breakthrough of the Year. Cancer Immunotherapy. Science. 2013; 342: 1433-34

Enlace

Disponible en: <https://www.sciencemaq.org/content/342/6165/1432.summary>

Acceso libre