

4. Stewart-Brown S, Farmer A. Screening could seriously damage your health. decisions to screen must take account of the social and psychological costs. *BMJ* 1997; 314: 533-534.
5. Gaspar MJ, Arribas I, Hontoria JM, Bokobo P, Coca C, Angulo JC. Utilidad de la fracción libre del antígeno prostático específico en el diagnóstico diferencial entre hiperplasia prostática benigna y cáncer de próstata. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 332-336.
6. Hahn DL, Roberts RG. PSA screening for asymptomatic prostate cancer: truth in advertising. *J Fam Pract* 1993; 37: 432-436.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Agradecemos a Lorenzo-Cáceres su interés por nuestro trabajo sobre la actitud del médico de atención primaria en la detección precoz del cáncer de próstata (CP). En su carta plantea informar a los pacientes sobre nuestras dudas en la utilización del antígeno prostático específico (PSA) en el cribado del CP, y es lo que nosotros proponemos. Consideramos interesante que además de la explicación se entregue un folleto que permita tomar una decisión más meditada.

Estamos de acuerdo también que el parámetro más importante de una prueba de cribado es el valor predictivo positivo (VPP). En cuanto al bajo VPP del PSA, del 20%, cuando el cribado se realiza en población no seleccionada por los síntomas urinarios, la utilización de otros parámetros como el PSA libre tiene el inconveniente de que, si bien aumenta la especificidad de la prueba, disminuye la sensibilidad, es decir necesitaremos menos biopsias para diagnosticar un CP pero dejaremos más CP sin diagnosticar, es decir, no resuelve la ambigüedad.

En relación a que la biopsia de próstata dista de poder ser considerada como prueba diagnóstica

gold standard, ocurre lo mismo con otras biopsias que habitualmente no ponemos en duda. Macdonald CE et al¹ valoran los beneficios de la biopsia de esófago para diagnosticar cáncer de esófago en los pacientes con esófago de Barret, y encuentran que en una serie de 409 pacientes que entraron en un programa de vigilancia anual, 5 desarrollaron cáncer de esófago y solamente en un caso la vigilancia endoscópica con biopsia lo detectó, mientras que los otros 4 casos se diagnosticaron al investigar los síntomas patológicos. Se realizaron 745 endoscopias y cerca de 3.000 biopsias.

Su afirmación de «parece que los médicos, que contra toda evidencia no dudan en utilizar el PSA como cribado del CP...» nos parece exagerada, ya que solamente un 44,7% de las peticiones eran por cribado, y como hacemos constar en «Material y métodos» considerábamos cribado cuando constaba que se pedía por cribado o no constaba ningún motivo. Es posible que algunas peticiones de PSA las hiciera el propio paciente y que no constara este hecho en la historia clínica.

Por último, en relación con su aserción «en espera de evidencias que demuestren la reducción de la morbilidad por CP mediante alguna prueba de cribado...», si bien un primer ensayo clínico sobre el cribado del CP ya ha sido publicado², estamos de acuerdo que debemos esperar los resultados de los ensayos clínicos más amplios que se están realizando para poder o no recomendar el cribado de CP. En todo caso también los grandes ensayos clínicos son objeto de controversia en su interpretación, como ha sucedido recientemente en relación con el cáncer de mama. Gotzsche et al³, después de realizar un riguroso metaanálisis, interpretan que el cribado de cáncer de mama mediante mamografía no está justificado y sin embargo es una práctica habitual.

Es difícil tener un buen juicio clínico sin evidencias claras que acrediten nuestra práctica.

M. Oller Colom, S. Jiménez Navarrete y A. Hidalgo García

ABS Dr. Carles Ribas. DAP Sants-Monjuïc.
Institut Català de la Salut. Barcelona.

1. Macdonald CE, Wicks AC, Playford RJ. Final results from 10 year cohort of patients undergoing surveillance for Barrett's oesophagus: observational study. *BMJ* 2000; 321: 1252-1255.
2. Labrie F, Bernard C, Dupont A, Cusan L, Gómez JL, Suburu RE et al. Screening decreases prostate cancer death: first analysis of the 1988 Quebec Prospective Randomized Controlled Trial. *Prostate* 1999; 38: 83-91.
3. Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000; 355: 129-134.

Modificación de la prescripción de hipocolesterolemiantes

Sr. Director: Tras la lectura del artículo de Latour et al¹ publicado en su revista, queremos comentar algunos aspectos. En primer lugar, la falta de claridad del objetivo. En el título hablan de modificación de la prescripción, en el resumen de la disminución de la prescripción de hipolipemiantes en la población de bajo riesgo cardiovascular y en la discusión de método del control del gasto farmacéutico en hipolipemiantes.

La intervención la expresan como una intervención educativa, personalizada y puntual realizada por una persona externa farmacéutica. Efectivamente, entre los distintos métodos valorados para modificar la prescripción, Soumeirai² sugiere en su revisión que las visitas educativas individualizadas dan más rendimiento, pero

también se afirma que pueden llegar a ser ineficientes si sólo se plantean como una política de contención de costes³. En cuanto al contenido de la educación, cabe recordar que la tabla de Sheffield⁴, elaborada a partir de la información recogida en la cohorte de Framingham, es una guía en la indicación de estatinas (no cualquier hipolipemiente), en pacientes sin enfermedad coronaria y con un riesgo coronario (no cardiovascular) por encima del 3% anual. ¿Asumen los autores que el desconocimiento de los ensayos clínicos y las guías de práctica son la causa o un componente del consumo en hipolipemiantes?, ¿todos los médicos deben disminuir su consumo por igual?, ¿en algún momento del estudio se han recogido características de los pacientes en relación con el riesgo coronario? Hay un cuerpo de conocimientos que afirma que aumentar la información no conlleva cambios sustanciales en la práctica asistencial.

La medida del efecto utilizada, por lo que dan a entender, es la DDD de hipolipemiantes por facultativo, sin tener en cuenta ni el número ni las características de la población asignada a cada uno de ellos.

La unidad de análisis parece ser el centro de salud. Es lógico en la medida que la intervención educativa es para todos los profesionales de un centro y evitan el efecto de contaminación. Ahora bien, está establecido en la bibliografía⁵ que es conveniente seleccionar la unidad de análisis (área sanitaria, centro de salud, profesionales) en función del interés de nuestra investigación.

De mayor trascendencia es la dificultad que como profesionales asistenciales tenemos para colocarnos en la perspectiva de los investigadores. ¿En base a qué criterio dan por sentado la «sobreprescripción» de hipolipemiantes? En los resultados equiparan la no detección de diferencias en consu-

mo con no detección de diferencias en el aspecto de adecuación de la prescripción (dar a quien lo precisa y no dar para quien no lo precisa). Nos preguntamos si los investigadores se hubieran dado por satisfechos obteniendo una reducción en el consumo de hipolipemiantes, y esta respuesta es la clave para entender nuestras diferencias en la perspectiva: si uno se sitúa bajo el prisma de la gestión economicista, el objetivo es reducir costes; bajo la perspectiva de la gestión clínica, el objetivo es adecuar el tratamiento en función del riesgo y de los recursos que la ciudadanía se ha querido otorgar. Efectivamente, el gasto en farmacia y su crecimiento en España es desorbitado, y hay que tener en cuenta cada elemento integrador de la baraja: circuito comercial del medicamento, exigencias y necesidades de la población, hábitos de prescripción de los profesionales y falta de decisión de la Administración a la hora de adoptar medidas⁶. El profesional debe asumir la parte de responsabilidad que le corresponde y todos los actores deben colaborar para asegurarse de que la población recibe la mejor atención posible dentro de la que libremente han elegido en las urnas.

**A. Luque Garrocho,
M.J. Hernández Jiménez,
E. Charques Velasco
y M.M. Alonso Martínez**

Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

1. Latour Pérez J, Díaz Mondéjar R, De la Vega Ortega AI, Carrión Carrión C, García Herrera JL, Peñarroja C et al. Fracaso de una intervención educativa para modificar la prescripción de hipocolesterolemiantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 245-248.
2. Soumerai SB, McLaughlin TJ, Avorn J. Improving drug prescribing in primary care. A critical analysis of the experimental literature. *Milbank Q* 1989; 67: 268-317. Referido en: Anderson GM, Lexchin J. Strategies for im-

- proving prescribing practice. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1013-1017.
3. Greenhalgh T. Effective prescribing at practice level should be identified and rewarded. *BMJ* 1998; 316: 750-753.
4. Bloor K, Freemantle N. Fortnight review: lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure II: influencing doctors. *BMJ* 1996; 312: 1525-1527.
5. Ramsay LE, Haq IU, Jackson PR, Yeo WW, Pickin DM, Payne JN. Targeting lipid lowering drug therapy in primary prevention of coronary disease: an updated Sheffield table. *Lancet* 1996; 348: 387-388.
6. Benavent Areu J, Pinyol Martínez M, Casajuana Brunet J, Bordas i Julve JM, Botinas Martí M, Diogene i Fadini E et al. El gasto farmacéutico público en atención primaria: asignando responsabilidades, proponiendo soluciones. *Cuadernos de Gestión* 1997; 184-200.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Ante todo, queremos agradecer a Luque et al la oportunidad de clarificar algunos aspectos de nuestro artículo¹ que pudieran haber conducido a confusión en una lectura superficial o sesgada del mismo.

Respecto a la claridad del objetivo del estudio, éste se encuentra definido en el último párrafo de la introducción, que reproducimos textualmente: «El objetivo de este estudio es determinar si una doble intervención educativa realizada a facultativos de atención primaria (entrevista personalizada e intervención de un líder de opinión) es efectiva para modificar sus pautas de prescripción de hipocolesterolemiantes.» Creemos que es un objetivo suficientemente preciso, que especifica tanto la intervención realizada como la población en la que se aplica y los resultados que se miden. En el «Resumen» del artículo se especifica además que el material educativo utilizado fue diseñado para reducir la prescripción de hipoco-