

S-4.610 *Changing morbidity patterns in children in Dutch general practice: 1987-2001*

(De 1987 a 2001, menor uso de la consulta por niños, y más problemas de piel, en Holanda)

Autores: *Otters HBM, Wouden JC, Schellevis FG, Suijlekom LWA, Koes BW*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Eur J Gen Pract. 2005;11:17-22*

Calificación: *Bueno*

Comentario: En Holanda el Instituto NIVEL ha llevado a cabo estudios diversos en Medicina General, que permiten, por ejemplo, comparar la morbilidad atendida en niños y jóvenes (0 a 17 años) en 1987 y 2001. Los autores confirman cambios en el uso de la consulta (disminuye de 2,7 visitas por chico en 1987 a 2,1 en 2001) y en la morbilidad atendida. Lo más llamativo es la disminución de las infecciones respiratorias, y el aumento de las enfermedades de piel, del 18% al 23%. Los dos estudios se hicieron con la CIAP, el más antiguo con codificación por un lego, y el segundo codificado por el propio médico que registra, lo que introduce un cambio importante.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: *MPF*

S-4.611 *Drug prescribing in Primary Care related to patient age. Trends in a ten-year repeated prescriptions study in a Swedish province*

(La penicilina, el antibiótico más recetado en Suecia)

Autores: *Silwer L, Stalsby C*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Eur J Gen Pract. 2005;11:23-4,28*

Calificación: *Bueno*

Comentario: Las autoras, suecas, demuestran con datos que las reformas son posibles, pues en 10 años de empeño se ha logrado que los médicos generales suecos cada vez se hagan más cargo de la medicación (y de los pacientes), que antes dependía casi exclusivamente de los especialistas hospitalarios. Sobre todo, entre 1988 y 1997, en Halland (provincia con un cuarto de millón de habitantes), los ancianos pasan a depender del médico general. En los niños se dejan de recetar descongestivos nasales (que deja de cubrir el sistema nacional), y el antibiótico más recetado es la penicilina V (que casi ha desaparecido del mercado español). Otro mundo, no cabe duda.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: *MPF*

S-4.612 *Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries*

(Iniciativas internacionales para disminuir las listas de espera en cirugía)

Autores: *Siciliani L, Hurst J*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy. 2005;72:201-15*

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Cuando hay listas de espera en cirugía se pueden tomar medidas diversas, que los autores estudian en 12 países de la OCDE, España incluida. Son medidas referidas a la oferta o a la demanda, pues las listas de espera vienen a ser el precio que se paga en los sistemas públicos, donde no hay dinero y en donde las listas actúan de sistema de contención para adecuar la demanda a la oferta. En el repaso de las medidas se demuestra la eficacia a corto plazo de casi todas, incluyendo las españolas, de ligar incentivos a mayor actividad y simultáneamente a la disminución del tamaño de la lista. Son interesantes las iniciativas de control de la demanda, a través de la priorización, de Nueva Zelanda y Canadá.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: *MPF*

S-4.613 *Nurse-led adherence support in hypertension: a randomized controlled trial*

(Falta de eficacia de una intervención de enfermería para mejorar el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos)

Autores: *Schroeder K, Fahey T, Hollinghurst S, Peters TJ*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract. 2005;22:144-51*

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Este trabajo inglés es un intento de mejorar el cumplimiento del tratamiento de la hipertensión a través de tres sesiones con una enfermera, a lo largo de seis meses. Distribuyeron al azar a 245 pacientes con mal control de la hipertensión en dos grupos, y al grupo experimental le dedicaron hasta media hora de una consulta específica acerca del cumplimiento del tratamiento. La intervención se repitió a los dos y seis meses, con diez y cinco minutos, respectivamente. No se lograron cambios ni en el cumplimiento ni en las cifras de tensión arterial. Sin duda, es difícil lograr un buen control de los pacientes hipertensos.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: *MPF*

S-4.614 *Síndrome de fatiga crónica e hipersensibilidad química múltiple tras exposición a insecticidas*

Autores: *Fernández J, Lluís M, Nogué S, Munné P*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc). 2005;124(12):451-3*

Calificación: *Bueno*

Comentario: El síndrome de fatiga crónica a menudo es un cajón de sastre en el que se incluyen diversos pacientes (con frecuencia somatizadores). En este trabajo se informa de 39 casos que tras la exposición a insecticidas posfumigación presentaron irritación de las mucosas, síndrome digestivo, neurocognitivo, fibromiálgico y fatiga crónica, que en la mayoría de los casos se prolongó más de un año, e incluso fue invalidante para una cuarta parte. Se trataron con analgésicos, antiinflamatorios, ejercicio físico, y soporte psicológico,

con pobres resultados, por lo que se insiste en la prevención mediante el uso adecuado de insecticidas.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-4.615 **Una forma de hacer operativo el pragmatismo clínico: sistematización del modo de acción de los médicos competentes**

Autores: Turabián JL, Pérez B

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)*. 2005;124(12):476

Calificación: Bueno

Comentario: Intento de hacer explícito en qué consiste un médico competente, realizado por dos médicos de Atención Primaria de Toledo. Y con buenos resultados, enumerando aspectos "objetivos" y "subjetivos". Además de la epidemiología clínica y la medicina basada en la evidencia, un buen médico debe usar técnicas como la contextualización, la experiencia, la continuidad, el sentido común, la planificación estratégica, el uso de recursos y puntos fuertes, la autoestima, la emoción, la intuición, la ética, el razonamiento, la prueba del tiempo, la compasión. A menudo se hace sin ser consciente de ello, y en general con buenos resultados.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: MARL

S-4.616 **La aplicación de las tablas del SCORE a varones de edad avanzada triplica el número de sujetos clasificados de alto riesgo en comparación con la función de Framingham**

Autores: Mostaza JM, Vicente I, Taboada M, Laguna F, Echániz A, García F, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)*. 2005;124(13):487-90

Calificación: Muy bueno

Comentario: Título en el que se recoge perfectamente la conclusión de este estudio. La estimación del riesgo cardiovascular puede hacerse de diversas formas. Con la función de Framingham se establece riesgo alto si supera el 20% en los 10 próximos años para complicaciones cardiovasculares, y según el SCORE si supera el 5% en los próximos 10 años para muerte vascular. Y según se utilice una u otra, habrá pacientes que deberían ser tratados o no. Los autores señalan que se debería reevaluar el umbral de riesgo del SCORE. Todas estas tablas no dejan de poner límites más o menos arbitrarios para definir "alto riesgo" y posteriormente recomendarse intervenciones.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-4.617 **Asma. El control como meta del tratamiento**

Autores: Sanchís J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)*. 2005;124(13):497-8

Calificación: Bueno

Comentario: El asma hoy día no es una enfermedad curable; su evolución es variable. En este editorial se comentan aspectos respecto a su tratamiento y control. Se considera que el control actual de los pacientes asmáticos es insuficiente y que existe la posibilidad terapéutica de un buen control, que no siempre está exento de riesgos (dosis altas de corticoides inhalados de forma prolongada). El control "total" parece excesivo. Lo más lógico sería instruir bien al paciente para utilizar adecuadamente broncodilatadores de acción

rápida o larga y glucocorticoides inhalados en función de su situación clínica.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: MARL

S-4.618 **General practice as a complex system: a novel analysis of consultation data**

(El uso de la consulta, producto de una interacción compleja)

Autores: Love T, Burton C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract*. 2005;22:347-52

Calificación: Excelente

Comentario: La mayoría de los estudios sobre uso de la consulta y derivación y solicitud de pruebas diagnósticas concluyen con pobres resultados acerca de explicaciones sobre la variabilidad de la práctica. En este trabajo se emplean datos neocelandeses e ingleses sobre dolor lumbar, para analizar el comportamiento del sistema. Se demuestra que el número de consultas, pero no la duración del episodio, es una interacción compleja, propia de sistemas en que son más importantes las relaciones entre los elementos que los elementos en sí. Así, pues, cuidadito con los cambios de organización, que pueden tener consecuencias imprevisibles.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-4.619 **Help for menopausal patients with lupus?**

(Las hormonas en el climaterio no empeoran el lupus inactivo)

Autores: Hess EV

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med*. 2005;142:1014-5

Calificación: Bueno

Comentario: El lupus eritematoso ha pasado de enfermedad grave en la década de 1950 (90% de los pacientes muertos a los 10 años del diagnóstico) a enfermedad crónica en la actualidad (90% de los pacientes vivos y activos a los 10 años del diagnóstico). Por ello cada vez se ven más mujeres climatéricas con lupus, al darles tiempo a envejecer. El autor comenta un estudio en el mismo número que demuestra que las hormonas sexuales femeninas no empeoran clínicamente el lupus, excepto en los casos en que está activo, o hay enfermedad renal. Precaución, pues, pero utilidad posible como alivio temporal de síntomas menopáusicos.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-4.620 **Screening for HIV: recommendation statement**

(Se recomienda el cribaje del sida en las embarazadas)

Autores: US Preventive Task Force

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med*. 2005;143:32-7

Calificación: Bueno

Comentario: Los cribajes son todos peligrosos, aunque algunos valgan la pena. De ello se ocupa mucho el grupo estadounidense de prevención, cuyas recomendaciones son mucho más agresivas que las de los canadienses, pero parecen monjitas si se comparan con las de los españoles. En este trabajo se revisa lo que hay respecto al sida, y recomiendan que se haga la prueba cuando hay factores de riesgo (homosexualidad masculina, promiscuidad, prostitutas, drogadictos

por vía intravenosa). Cambian el criterio que mantenían, y ahora recomiendan que se haga el cribaje de toda embarazada, pues las ventajas compensan los inconvenientes.

Referencias bibliográficas: 48

Revisor: JG

S-4.621 *Vaccine policies across the pond: looking at the UK and US systems*

(Del mercado a la comunidad, a través del Atlántico)

Autores: Freed GL

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Affairs*. 2005;24:755-7

Calificación: Bueno

Comentario: En EE.UU. andan con problemas con las vacunas, sobre todo por dificultades de abastecimiento, ya que muchas no dejan suficiente beneficio a las compañías. El autor hace una elegante comparación entre la política de vacunaciones en el Reino Unido y en EE.UU., y destaca ventajas e inconvenientes de cada opción. Curiosamente, en el Reino Unido no se pide ninguna vacunación al entrar en la escuela, mientras es obligatorio en EE.UU. La mayor ventaja del Reino Unido es la compra nacional y la organización consiguiente, que asegura la vacunación gratuita de todos los niños.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-4.622 *Public health and genetics, a dangerous combination?*

(Salud pública y genética, una mezcla que puede explotar)

Autores: Brand A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Eur J Public Health*. 2005;15:114-6

Calificación: Bueno

Comentario: Los avances científicos se transforman en ilusiones, que facilitan su aplicación tecnológica y la aceptación social. No se escapa a este proceso el avance genético, tan prometedor y tan ilusorio. La autora, alemana, da cuenta de lo que se está cocinando en Europa, quizá con demasiada alegría. En opinión de uno de los que más saben de esto (en EE.UU., Neil Holtzman) no hay gran necesidad de integración entre la genética como servicio y la salud pública. Lo importante es lograr que los salubristas incorporen un pensamiento global, que incluya lo poco que se sabe sólidamente de la genética. Y que ayuden a tomar decisiones lógicas a los políticos. Un imposible, vaya.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-4.623 *To what extent does poor health precede welfare?*

(Antes de requerir asistencia social aumenta el uso del médico)

Autores: Morris E, Rosenbluth D, Scott D, Livingstone T, Lix L, McNutt M, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Can J Public Health*. 2005;96:201-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: No terminamos de saber bien si la mala salud lleva a la pobreza, o viceversa, aunque ambas cosas puedan ser ciertas. Los autores, canadienses, estudian los beneficiarios de asistencia social en la provincia de Saskatchewan, y el uso de la consulta médica en el año previo (sin asistencia social), y durante al menos seis meses de beneficencia. En

los 2.652 adultos estudiados se demuestra que el 49% tiene mayor uso de servicios médicos, especialmente en lo que se refiere a problemas de salud mental, accidentes y envenenamientos, signos y síntomas, y aparato genitourinario (las mujeres). Así pues, parece que el deterioro de la salud lleva, o agudiza, la pobreza.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-4.624 *Quality of life in chronic illness: perceptions of parents and paediatricians*

(Los pediatras valoran en menos el dolor y el malestar que los pacientes y sus padres [en niños con enfermedades crónicas])

Autores: Janse AJ, Sinnema G, Uiterwaal CSPM, Kimpen JLL, Gemke RJB

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Dis Child*. 2005;90:486-91

Calificación: Excelente

Comentario: Vivir la enfermedad es cosa muy distinta de atender al paciente. Uno puede atender bien al paciente y su familia, pero ellos son al fin los que viven la enfermedad. Por ello es importante entender lo que sienten los pacientes crónicos. En este trabajo, holandés, se comparan las respuestas respecto a calidad de vida en niños con leucemia aguda linfoblástica, fibrosis quística y artritis juvenil crónica. Al comparar las respuestas de padres y pediatras, los médicos aciertan en cosas objetivas (visión, por ejemplo), pero valoran en poco el dolor, el malestar y otras cuestiones emocionales.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: JG

S-4.625 *Diabetes care provision and glycaemic control in Northern Ireland: a UK regional audit*

(Mal control de la diabetes en niños y adolescentes atendidos por diabetólogos pediatras)

Autores: Cardwell CR, Patterson CC, Allen M, Carson DJ, and the Northern Ireland Paediatric Diabetes Study Group

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Dis Child*. 2005;90:468-73

Calificación: Bueno

Comentario: La diabetes es enfermedad crónica, tan mal controlada como todas. A veces se compara el cuidado de médicos generales con el de diabetólogos, y se demuestra lo mal que lo hacemos los de cabecera. Por eso es interesante este trabajo, irlandés, donde se analiza el cuidado de 914 niños y adolescentes diabéticos en 11 clínicas pediátricas especializadas. Sólo el 20% alcanzó el objetivo de una hemoglobina glucosilada de 7,5 o menos. Y en los que lo logran, lo más importante es vivir con los padres naturales, pertenecer los padres a una asociación de diabéticos, y cumplir las citas.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-4.626 *How to avoid paediatric medication errors; a user's guide to the literature*

(Muchos errores son evitables, también en el uso de medicamentos en Pediatría)

Autores: Walsh KE, Kaushal R, Chessare JB

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Dis Child*. 2005;90:698-702

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los errores son una plaga, y más cuando no se utilizan para mejorar el sistema de trabajo, cuando se ignoran. En esta revisión se valora el caso de los errores en medicación pediátrica, y puede servir de ejemplo para el resto del área de errores. Así, se acepta el modelo del queso suizo, de errores causados en general por fallos múltiples. Cada capa es una loncha de queso, con algún agujero, algún punto débil de la calidad. El error se produce cuando coinciden varios agujeros de distintas lonchas. En los niños lo más peligroso es la confusión respecto a dosis; y se pueden evitar con métodos varios, que se revisan.

Referencias bibliográficas: 43

Revisor: JG

S-4.627 *Time to review the value of imaging after urinary tract infection in infants*

(Menos agresividad ante la infección urinaria en la infancia)

Autores: Jones KV

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Dis Child*. 2005;90:663-4

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Uno se asombra viendo con qué facilidad se implantan pautas agresivas que ni se discuten, como la evaluación de niños con infección urinaria. El editoralista, galés, analiza el desarrollo de esas normas, poco científicas, basadas en casos hospitalarios. Lo lógico es sospechar la infección urinaria en niños con fiebre y vómitos, y olvidarse del reflujo vesical, las cicatrices renales, el tratamiento antibiótico "preventivo" y otros fantasmas con los que se amenaza a la familia. En la mayoría de los casos todo ello es anecdótico, y basta con sospechar, diagnosticar y tratar bien el episodio que se presenta.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-4.628 *Data collection for sexually transmitted disease diagnosis: a comparison of self-reported, medical record reviews, and state health department reports*

(Sobre gonorrea y clamidias, sirve igual la entrevista con el paciente, la historia clínica del médico y la declaración de enfermedades)

Autores: Niccolai LM, Kershaw TS, Lewis JB, Cicchetti DV, Ethier KA, Ickovics JR

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Epidemiol*. 2005;15:236-42

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Tendemos a pensar que los pacientes mienten, quizá como reflejo de lo mucho que mentimos nosotros. Y mentimos todos más respecto a cuestiones sensibles, como enfermedades de transmisión sexual. Pues esa impresión no se confirma en este trabajo, estadounidense, donde se entrevistó a 361 chicas adolescentes acerca de si habían tenido clamidias o gonorrea en los últimos dos años, y se confirmó con la historia clínica de su médico, al que se comprobó si lo había declarado. La prevalencia no varió entre los tres métodos, ni respecto a clamidias (21%, 23% y 20%, respectivamente) ni a gonorrea (5%, 7%, 6%).

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-4.629 *Leg-ulcer in the community, before and after implementation of an evidence-based service*

(Mejor atención, menos visitas y menor coste en el cuidado de enfermería de úlceras en piernas)

Autores: Harrison MB, Graham ID, Lorimer K, Friedberg E, Pierscianowski T, Brandys T

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ*. 2005;172:1447-52

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Las úlceras en piernas se cronifican y requieren cantidades ingentes de tiempo de enfermeras y de recursos materiales. Se están convirtiendo en una rutina, de pacientes que vuelven y vuelven, o de visitas diarias a domicilio. En Ottawa, Canadá, pasaba lo mismo. Comprobaron que la prevalencia era de 1,8 casos por 1.000 habitantes, y decidieron renovar la atención, con enfermeras dedicadas sólo a ello, control de la evolución, curas a domicilio, compresión, valoración del componente arterial y demás. Al cabo del año habían disminuido las visitas a domicilio, y el gasto global, y se triplicó la tasa de curaciones.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-4.630 *A clinical return-to-work rule for patients with back pain*

(Siete preguntas para predecir la evolución del dolor de espalda)

Autores: Dionne CE, Bourbonnais R, Frémont P, Rossignol M, Stock SR, Larocque I

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ*. 2005;172:1559-67

Calificación: *Excelente*

Comentario: El dolor de espalda es el pan nuestro de cada día en la consulta. Y con gran repercusión socio-laboral en la población trabajadora. Por ello es importante este trabajo, canadiense, de seguimiento durante dos años de 1.007 trabajadores con dolor lumbar y baja laboral de un día al menos. A partir de la variable "vuelta al trabajo con salud", construyeron un modelo predictivo, con siete cuestiones, que permite clasificar a los pacientes según la probabilidad de "curar". El modelo es sencillo y lógico, útil en la consulta; valora desde la expectativa del paciente a curar, hasta la intensidad del dolor, el impacto en el sueño, la irritabilidad y demás. Una cosa muy interesante.

Referencias bibliográficas: 68

Revisor: JG

S-4.631 *Clinical prediction rule for return to work after back pain*

(La difícil predicción de la evolución del paciente con dolor de espalda)

Autores: Maher C

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ*. 2005;172:1575-6

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Conviendría saber qué pacientes con dolor de espalda van a evolucionar mal, para concentrar en ellos recursos y esfuerzos. En este editorial, se comenta el trabajo previo (S-4.630) y se valoran sus virtudes (desarrollo y validación) y defectos (error en la clasificación del 40%; mayor valor predictivo negativo que positivo; falta de datos para poder calcular el coeficiente de probabilidades). Gran

parte de los problemas se deben a la falta de conocimiento científico de la historia natural de la causa más frecuente de baja laboral, el dolor lumbar.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-4.632 *When prognosis precedes diagnosis: putting the cart before the horse*

(La determinación de la albúmina modificada por la isquemia, poco útil en el diagnóstico y pronóstico del dolor precordial)

Autores: Sabatine MS

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2005;172:1697-8

Calificación: Muy bueno

Comentario: Aunque parezca mentira, los médicos tenemos dificultades para entender el valor diagnóstico y pronóstico de muchas pruebas de laboratorio. Lo demuestra el autor al comentar un artículo sobre el pronóstico asociado a niveles altos de albúmina modificada por la isquemia, marcador muy inespecífico, con una alta tasa de falso positivos. Su utilidad no es pronóstica, pues la elevación por encima de 80 U/ml no se asocia con más frecuencia de infarto. Pero como tiene gran valor predictivo negativo puede servir para descartar isquemia en el pequeño grupo en que da negativo, o saber acerca de la evolución de la angina inestable, que se acompaña de valores normales de troponina.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-4.633 *Social environment and frequent attendance in Danish general practice*

(A peor red social, los varones utilizan más al médico general)

Autores: Vedsted P, Olesen F

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2005;55:510-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: Hay múltiples estudios acerca de la influencia de la situación social y el uso de los servicios del médico general. En este trabajo, danés, se comparan las características sociales y psicológicas de los pacientes grandes utilizadores. A partir de los datos de 132 centros de salud, con 220 médicos generales, se envió un cuestionario que respondieron 1.423 grandes utilizadores y 1.103 utilizadores infrecuentes. Se demuestra una mayor frecuencia entre los grandes utilizadores varones de vivir solo, y estar desempleado, y/o tener una pensión por enfermedad.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-4.634 *Case-mix and variation in specialist referrals in general practice*

(La morbilidad explica más variabilidad en la derivación que la edad y el sexo)

Autores: O'Sullivan C, Omar RZ, Ambler G, Majeed A

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2005;55:529-33

Calificación: Bueno

Comentario: La variabilidad en la práctica clínica es lo esperable, aunque sea difícil de entender. Los autores emplean una base de datos inglesa sobre la atención a más de un millón de pacientes, durante un año, por 202 centros de salud, para analizar el proceso de derivación. Ajustan por morbili-

dad, y demuestran que la misma explica seis veces más la variabilidad en la derivación al especialista que la edad y el sexo. No obstante, persiste un 75% de variabilidad sin explicación. Queda mucho por entender, no cabe duda.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-4.635 *Three-year follow-up of a factorial randomised controlled trial of two decision aids for newly diagnosed hypertensive patients*

(La mejor información al paciente, de poca utilidad en el seguimiento de los hipertensos)

Autores: Emmett CL, Montgomery AA, Peters TJ, Fahey T

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2005;55:551-3

Calificación: Bueno

Comentario: Uno tiene la idea permanente de que los pacientes necesitan más información para decidir apropiadamente respecto a enfermedades crónicas. Pero los resultados de este trabajo llevan a la duda. Han seguido durante tres años a 216 pacientes hipertensos de nuevo diagnóstico, en 21 centros de salud ingleses, y mediante un diseño factorial valoran el impacto de una ayuda a la decisión, y un vídeo, con un folleto explicativo sobre la necesidad de cumplir el tratamiento. No se demuestra ningún efecto sobre el control de la tensión, o el cumplimiento de la medicación.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-4.636 *Haemoglobinopathy screening: an end to institutional racism?*

(Un ejemplo de intento de resolución del racismo institucional)

Autores: Marteau T, Dormandy E

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2005;55:419-20

Calificación: Bueno

Comentario: Las instituciones públicas deberían ofrecer más y mejores servicios a quienes tienen más necesidad, pero ya sabemos que eso es raro. Por ello, los editorialistas presentan entusiasmados la iniciativa inglesa de ofrecer el cribaje a embarazadas de la talasemia y la anemia de células falciformes en 30 lenguas diferentes, y con versión escrita y en audio, con preguntas para asegurarse la comprensión de la información. Es laudable, sí, pues muchas veces los pacientes no nos entienden, y no se responde según necesidad.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-4.637 *Making general practice fit for the 21st century*

(La Medicina General debe seguir siendo general)

Autores: Jewell D

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2005;55:422-3

Calificación: Excelente

Comentario: Es un poco imprevisible la evolución de la Medicina General en los próximos años, dado el empuje del especialismo. Lo malo es cuando hasta se favorece el que los médicos generales se especialicen, como sucede en la actualidad en el Reino Unido. El firmante, director del *British Journal of General Practice*, deja claro que necesitamos un médico general capaz en lo técnico y en lo humano, que sea un verdadero generalista, capaz de orientar al paciente en la

jungla de los servicios sanitarios. Parece sencillo, pero no es fácil.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-4.638 *Work-related disease in general practice: a systematic review*

(La frecuencia de las enfermedades laborales en la consulta del médico general)

Autores: Weevers HJ, Beek AJ, Anema JR, Wal G, Mechelen W
Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract.* 2005;22:197-204

Calificación: Excelente

Comentario: Las enfermedades laborales (por consecuencia del trabajo) se ven con frecuencia en la consulta, y los autores, holandeses, se preguntan acerca de su prevalencia e incidencia. Para ello hacen una revisión de la literatura, en tres bases de datos (Medline, Embase y Osh-rom), y localizan 2.701 artículos, de los que seleccionan 80 y estudian a fondo 22, de calidad suficiente. Lo más frecuente en la consulta es la patología laboral del aparato locomotor (dolor lumbar, dolor de cuello, y hombro doloroso), y del respiratorio (asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Por ejemplo, un médico general con 2.500 pacientes en el cupo tendrá 3 pacientes semanales con un episodio nuevo de dolor lumbar, en los que habrá de considerar la posibilidad de patología laboral.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: MPF

S-4.639 *Persistent low back pain*

(El dolor de espalda, de causa compleja y tratamiento incierto)

Autores: Carragee EJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med.* 2005;352:1891-8

Calificación: Bueno

Comentario: Se presenta el caso de un trabajador de 49 años con dolor de espalda y depresión, que lleva cuatro meses de lumbalgia continua, sin irradiación; en una resonancia se han encontrado cambios mínimos degenerativos de discos lumbares. El autor hace una revisión del problema, y destaca la nula o muy escasa relación entre los hallazgos radiológicos y el dolor lumbar, y la importancia de los factores psicológicos. Respecto al tratamiento, destaca la utilidad de los antidepresivos tricíclicos y del ejercicio rehabilitador, y al tiempo la escasez de estudios concluyentes sobre alternativas terapéuticas de eficacia probada. En conjunto, un buen texto para iniciar la revisión del dolor lumbar.

Referencias bibliográficas: 68

Revisor: MPF

S-4.640 *Physician as serial killer. The Shipman case*

(Shipman, un médico general inglés que asesinó a 218 pacientes)

Autores: Esmail A

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med.* 2005;352:1843-4

Calificación: Muy bueno

Comentario: El caso de Shipman terminó con su suicidio en la cárcel, en 2004, tras haber sido condenado por el asesinato de 15 pacientes. Con el escándalo se inició un proceso judicial más amplio, para analizar las muertes certificadas a

lo largo de su carrera de médico general, de 1970 a 1988. Éste es el relato de dicha investigación por el médico que asesoró a la juez encargada del caso. Se pudo demostrar el asesinato de 218 pacientes (171 mujeres) y la sospecha del asesinato de otros 62. El médico asesinaba a los pacientes en visitas a domicilio, con una inyección de un opiáceo. Muchos pacientes no tenían enfermedad terminal, ni se esperaba su muerte. Schipman fue un médico muy apreciado en su comunidad y por sus compañeros

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MPF

S-4.641 *Smoking attributable mortality in the Community of Madrid, 1992-1998*

(Aumento de la mortalidad por tabaco entre las mujeres en la Comunidad de Madrid)

Autores: Zorrilla B, García N, Galán I, Gandarillas A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Eur J Public Health.* 2005;15:43-50

Calificación: Bueno

Comentario: El tabaco cumple funciones sociales múltiples, pero tiene un coste personal en salud poco justificable, como demuestran estos madrileños con datos entre 1992 y 1998 (es responsable del 16% de toda la mortalidad, en mayores de 34 años). Fundamentalmente, el tabaquismo aumenta la mortalidad por cáncer, enfermedad cardiovascular y enfermedad respiratoria. A lo largo de los años estudiados los años perdidos disminuyen entre los varones y aumentan entre las mujeres. Puesto que las mujeres todavía fuman en menor proporción que los hombres, muere por tabaco una de cada 36, contra un varón de cada cuatro.

Referencias bibliográficas: 52

Revisor: MPF

S-4.642 *Aplicaciones terapéuticas de las células madre*

Autores: Barquinero J, Pellicer M, Pétriz J.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc).* 2005;124(13):504-11

Calificación: Bueno

Comentario: Revisión de un tema de gran actualidad como es el de las células madres, tanto embrionarias (con más plasticidad) como adultas (más disponibles). A pesar de su gran potencial terapéutico clínico, y de las enormes expectativas generadas, la verdad es que hasta el momento actual son excepcionales las situaciones en las que se han mostrado de verdad eficaces, y es mucho más lo que queda por saber que lo que se sabe. Por tanto, sería aconsejable más prudencia, por nuestra parte y por supuesto por parte de los medios (que condiciona las falsas expectativas prematuras de la población).

Referencias bibliográficas: 80

Revisor: MARL

S-4.643 *Autorización y monitorización de medicamentos: reconciliar la protección a la innovación y a los pacientes*

Autores: Peiró S, Meneu R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2005; 7(1):3-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: Partiendo de los problemas de seguridad con algunos medicamentos autorizados en los últimos años y retirados del mercado (cerivastatina, rofecoxib, troglitazona,

fenfluramina, cisaprida, etc.), los autores hacen una excelente revisión de los mecanismos de autorización y farmacovigilancia actual, señalando que: "Si los problemas relacionados con la autorización de fármacos preocupan, los de los sistemas posautorización son alarmantes"; y no les falta razón (fármacos que se aprueban habiendo sido probados en unos cientos de pacientes seleccionados, sin sistema controlado de vigilancia posterior). Y no se dice nada de su precio ni financiación, aunque no supongan aportación relevante al arsenal terapéutico.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MARL

S-4.644 **Formas de frenar el gasto farmacéutico**

Autores: E de B.

Revista/Año/Vol./Págs.: Madrid: El País, 14 de mayo de 2005

Calificación: Informativo

Comentario: Aunque no es habitual comentar en esta sección artículos que no sean de revistas profesionales, creo que este breve artículo aparecido en El País es de gran interés para los médicos (y la población general), porque en él se señalan algunos aspectos relacionados con el gasto farmacéutico y su forma de frenarlo: financiación selectiva en relación con el coste/efectividad, copagos, mejora de la prescripción, liberalizar el sector farmacéutico y que el margen de las farmacias no dependa del coste del medicamento (por ejemplo se propone que las farmacias cobrasen un fijo "por abrir" y otro fijo por medicamento dispensado). Todo bastante razonable, pero difícilísimo de llevar a cabo.

Referencias bibliográficas:

Revisor: MARL

S-4.645 **Aplicabilidad de los resultados de los ensayos clínicos de insuficiencia cardíaca a los pacientes mayores**

Autores: Muñoz AJ, Sánchez C, Jiménez MF, de Teresa E

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2005;124(14):557.

Calificación: Bueno

Comentario: Los ensayos clínicos son el paradigma del método científico. Aunque se realicen perfectamente y sus resultados tengan validez interna, ¿son extrapolables a la población general? En este trabajo, como en muchos otros, se concluye que no. Revisando las características de los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Málaga, se comprobó que sólo el 17,7% de los pacientes atendidos habrían podido ser incluidos en alguno de los ensayos clínicos al respecto. Los pacientes de los ensayos suelen ser más jóvenes, sin comorbilidad, muy seleccionados. En fin, como los que luego se encuentran pocos en la práctica diaria.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MARL

S-4.646 **The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes. What we know and what we need to futher know**

(La falta de adherencia a la medicación es un problema de salud pública)

Autores: Balkrishnan R

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care. 2005;43:517-20

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes no suelen cumplir los tratamientos que les prescribimos. En parte es beneficioso, pues así se libran de nuestra arrogancia e ignorancia. Pero en conjunto es un desastre, como comenta el editorialista, a propósito de un trabajo publicado en el mismo número, que demuestra el aumento de hospitalizaciones en pacientes no cumplidores diabéticos, con insuficiencia cardíaca, con hipertensión o con hipercolesterolemia. Lo malo es que no sabemos bien cómo corregirlo, pues la educación e información son poco útiles. Pone sus esperanzas en el farmacéutico. ¡Ojalá!

Referencias bibliográficas: 43

Revisor: JG

S-4.647 **Practical clinical trials to translating research to practice. Design and measurement recommendation**

(Recomendaciones para lograr que los ensayos clínicos sean útiles al médico práctico)

Autores: Glasgow RE, Magid DJ, Beck A, Ritzwoller D, Estabrooks PA

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care. 2005;43:551-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los ensayos clínicos suelen tener graves problemas de validez externa, con lo que son poco útiles al médico clínico. En este trabajo se sugieren varios criterios a añadir a los sugeridos en la iniciativa CONSORT, sobre la publicación de los ensayos, que hasta ahora sólo incluye uno relativo a la validez externa. Son cosas lógicas, ocho en total, que van desde señalar en "métodos" a qué población se espera poder generalizar los resultados (incluyendo sus características socio-demográficas) hasta en la "discusión" valorar explícitamente las barreras a superar para la implantación en la clínica.

Referencias bibliográficas: 50

Revisor: JG

S-4.648 **Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster randomised controlled trial**

(El cribaje de la cavidad oral por legos entrenados disminuye la mortalidad por cáncer oral en varones fumadores y/o bebedores)

Autores: Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muvwange R, Thara S, Mathew B, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet. 2005;365:1927-33

Calificación: Bueno

Comentario: Muchas cosas de las que hacemos los profesionales sanitarios pueden ser hechas por legos entrenados, como bien demuestran las madres de niños con enfermedades crónicas graves y complejas. En este trabajo hecho en Kerala, India, se enseñó a universitarios no médicos a inspeccionar la boca cada tres años, para derivar los casos sospechosos en la población general de cáncer oral. Cumplieron criterio el 63% de los derivados. Se examinó al menos una vez entre 1996 y 2004 al 91%. Disminuyeron las muertes por cáncer oral entre los varones que fumaban y/o bebían alcohol, en los que se sugiere se centre el cribaje.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-4.649 *Oral cancer screening: 5 minutes to save a life*

¡Échale un ojo a la boca del fumador y del bebedor, que vale la pena!

Autores: Mignogna M, Fedele S

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet*. 2005;365:1905-6

Calificación: Bueno

Comentario: A veces se nos escapa lo obvio, como tomar el pulso en el anciano "cansado", y así se nos escapan bradicardias que requieren marcapasos. Lo mismo sucede con la cavidad oral, tantas veces ignorada (eso de mandar sacar la lengua parece cosa del pasado). Lo comentan los editorialistas, a propósito del artículo previo (S-4.648). Es irónico que se diagnostique en fase inicial con la misma frecuencia (36%) el cáncer de cavidad oral que el cáncer de colon. Así luego se tira el dinero y la calidad de vida de pacientes con cánceres orales que mueren tras un diagnóstico tardío. Lo suyo es concentrarse en fumadores y bebedores.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-4.650 *Comparison of physical treatments versus a brief pain-management programme for back pain in Primary Care: a randomised clinical trial in physiotherapy practice*

(El consejo breve sobre el manejo del dolor, equivalente a la fisioterapia en el dolor de espalda)

Autores: Hay EM, Mullis R, Lewis M, Vahora K, Main CJ, Watson P, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet*. 2005;365:2024-30

Calificación: Muy bueno

Comentario: Ante el dolor lumbar que no cede con el tratamiento habitual se recomienda la derivación para fisioterapia. Los autores, ingleses, insisten en el componente psicológico de la conducta ante el dolor lumbar y diseñan un ensayo clínico práctico para comparar la fisioterapia con un programa breve de manejo del dolor, en su impacto al cabo del año. Participan 402 pacientes, de los que se sigue un año a 329. La comparación no es muy diferente, aunque el manejo del dolor sólo disminuyó a tres (de cuatro) la media de visitas al fisioterapeuta.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-4.651 *Treating low back pain*

(Necesitamos métodos de selección de pacientes con dolor lumbar)

Autores: Shekelle PG, Delitto AM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet*. 2005;365:1987-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: Nuestra ignorancia la pagan los pacientes. Por ejemplo, respecto al problema del dolor lumbar. Ponen el énfasis en este aspecto los editorialistas, estadounidenses, que comentan el artículo previo (S-4.650). Una limitación mayor es que el consejo para el manejo del dolor es más eficaz en algunos pacientes (los que temen más el dolor), por lo que habría que saber cómo seleccionarlos. Otro inconveniente es que muchos pacientes mejoran espontáneamente, por lo que necesitamos algoritmos de predicción clínica. En fin, sabemos poco incluso de lo muy frecuente e importante.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

S-4.652 *Do physicians know when their diagnosis are correct? Implications for decision support and error reduction*

(Acierto y certeza en el diagnóstico, dos cuestiones complejas)

Autores: Friedman CP, Gatti GG, Franz TM, Murphy GC, Wolf FM, Heckerling PS, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Gen Intern Med*. 2005;20:334-9

Calificación: Excelente

Comentario: Cuando se hace un diagnóstico diferencial se seleccionan diagnósticos posibles, y se suele señalar una probabilidad distinta a cada alternativa. Es importante ser conscientes de ello, pues la probabilidad determina la necesidad y oportunidad del uso de otros recursos diagnósticos. En este trabajo se ofrecen 9 casos difíciles, seleccionados de 36, por escrito, a estudiantes, residentes e internistas, para que hagan un diagnóstico diferencial y gradúen la certeza de las alternativas. Los estudiantes se dan cuenta de que son casos difíciles, y confían poco en sí mismos. Los residentes aciertan en el 44% de los casos, pero no tienen una certeza muy cierta, lo que sucede a los internistas, que resuelven el 50% de los casos.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-4.653 *Do nurse practitioners provide equivalent care to doctors as a first point of contact for patients with undifferentiated medical problems?*

(Las enfermeras pueden hacerse cargo directamente de algunos pacientes, en ciertas condiciones)

Autores: Bacian Ltd

Revista/Año/Vol./Págs.: *Evidence-based Healthcare Public Health*. 2005;9:179-91

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las enfermeras pueden hacer mucho más de lo que hacen, pero no hay muchos estudios que demuestren esta capacidad. Los autores, ingleses, revisan la literatura y encuentran 11 ensayos clínicos que valoran para llegar a alguna conclusión. Parece que las enfermeras pueden atender directamente a pacientes con problemas menores, si se han preparado específicamente para ello, y si hay un médico cerca al que consultar. No está claro que los ensayos clínicos sean extrapolables, ni que la atención por enfermeras sea más barata (consumen más tiempo y recursos), ni que el resultado sea mejor a largo plazo.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-4.654 *A simple score (ABCD) to identify individuals at high risk of stroke after transient ischaemic attack*

(Un algoritmo útil para predecir ictus en los siete días siguientes a un cuadro de isquemia cerebral transitoria)

Autores: Rothwell PM, Giles MF, Lovelock CE, Redgrave JNE, Warlow CP, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet*. 2005;366:29-36

Calificación: Excelente

Comentario: La isquemia cerebral transitoria es frecuente en nuestra práctica, y muchas veces uno se queda con la duda de cuán activo debe ser su manejo. Los ingleses que firman este excelente trabajo desarrollaron un algoritmo para cal-

cular la probabilidad de un ictus en los siete días siguientes, y lo validaron en muestras de casos en Atención Primaria. Funciona bien. Necesita valorar: A (age, edad, más de 60 años), B (blood pressure, tensión, más de 140 mmHg o más de 90 mmHg), C (clínica, debilidad unilateral, dificultad para hablar) y D (duración de los síntomas: más de 60 minutos, o de 10 a 59). Parece simple y útil.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-4.655 *Georgia: an unlikely stronghold for bacteriophage therapy*

(Los bacteriófagos como tratamiento en las infecciones resistentes a antibióticos)

Autores: Parfitt T

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet*. 2005;365:2166-7

Calificación: Informativo

Comentario: El desarrollo de una buena alternativa suele aplastar el de otras similares. Ésa es la historia de los bacteriófagos, apartados de la lucha antibacteriana (presentes desde 1916) tras el descubrimiento de la penicilina. El autor cuenta el éxito del tratamiento de las heridas infectadas por *Staphylococcus aureus* resistente a antibióticos en un georgiano, con quemaduras por radiactividad. El caso ha aumentado el interés por dicho tratamiento, que tiene lógica, pero carece de ensayos clínicos que lo sustenten.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-4.656 *Primary care, generalism, public good: déjà vu? Again!*

(La imposibilidad de tener una atención primaria general en EE.UU.)

Autores: Larson EB, Roberts KB, Grumbach K

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med*. 2005;142:671-4

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Mucho de lo que se difunde sobre Atención Primaria y Medicina de Familia proviene de EE.UU., un país que carece de una atención primaria organizada que cubra a toda la población y sea puerta de entrada al sistema sanitario. Los autores de este editorial comentan los cinco artículos que se publican en el mismo número sobre la necesidad de desarrollar la atención primaria en EE.UU. Tarea casi imposible, pues las fuerzas del mercado van en contra, y son las que gobiernan la economía estadounidense (también el negocio de la medicina), con todas sus trampas y trucos. En fin, un desastre para la salud de la población.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-4.657 *National of Health State-of-the-Science Conference Statement: management of menopause related symptoms*

(Revisión de la sintomatología climatérica y de su tratamiento)

Autores: NIH State of the Science Panel

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med*. 2005;142:1003-13

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Sabemos poco de la menopausia, y del climaterio, por increíble que parezca. Por ello es interesante este artículo, que hace un resumen largo y prudente de la sintomatología de la menopausia y del climaterio, y de las opciones terapéuticas. Se reconoce la ausencia de estudios sobre la historia natural de este fenómeno que se define como natural (gracias a Dios). Lo importante es que se traslade a la mujer el conocimiento de que muchos de los síntomas son transitorios y desaparecen por sí mismos. Y que el tratamiento tiene ventajas e inconvenientes, que sólo se pueden valorar en el entorno de cada caso.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG