

S-4.034 *Do the print media "hype" genetic research? A comparison of newspaper stories and peer-reviewed research papers*

(Los artículos de prensa no son peores que los artículos científicos sobre genética)

Autores: Bubela TM, Caulfield TA
Revista/Año/Vol./Págs.: CAMJ 2004;170:1399-407
Calificación: Bueno

Comentario: La noticia está bien dada en el 63% de los 627 artículos de prensa revisados por los autores, canadienses. Analizan todo lo publicado en los mejores periódicos de Australia, Canadá, EE.UU., y el Reino Unido, entre 1995 y 2001. Sólo en el 11% se da la noticia con exageración. El campo peor tratado es el de considerar al tiempo riesgos y beneficios (15% contra 97%). Lo curioso es que al comparar con los artículos científicos originales, el riesgo sólo se trata en el 5% de los casos (contra los beneficios en el 98% de los casos). ¿Cómo lo van a hacer mejor los periodistas que los científicos?

Referencias bibliográficas: 34
Revisor: MPF

S-4.035 *Science reporting to the public: does the message get twisted?*

(Los periodistas dicen lo que les decimos)

Autores: Condit C
Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2004;170:1415-6
Calificación: Bueno

Comentario: Este editorial comenta el artículo previo (S4035), y deja claro que no es fácil ser periodista en el oscuro mundo de los científicos. Por un lado está la dificultad de traducir lo que los científicos e investigadores dicen, por escrito y hablando, pues emplean una jerga casi incomprensible. Y por otro lado, muchas veces se manipula la realidad, y se transmite un mensaje demasiado optimista, que no lleva a ningún lado. Sugiere la autora que el científico prepare la entrevista, que pida alguna pregunta previa (para saber de qué va la cosa), y que se tome con interés la comunicación, que es parte del trabajo del que investiga.

Referencias bibliográficas: 12
Revisor: MPF

S-4.036 *Physicians, genetics and life insurance*

(Los seguros médicos no deberían preguntar sobre información genética)

Autores: Knoppers BM, Joly Y
Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2004;170:1421-3
Calificación: Muy bueno

Comentario: La primera firmante es presidente del Comité Canadiense sobre Genética y Seguros Médicos. Los autores plantean la grave cuestión de hasta qué punto la información genética es necesaria para conseguir un seguro médico. Citan el "Acuerdo de Oviedo", firmado por 17 países europeos, que reserva la información para el cuidado de la salud, y para investigación. El Comité sugiere que se hagan de rutina seguros básicos sin pregun-

tar sobre cuestiones genéticas, y que si se quieren seguros especiales se considere entonces la posibilidad de algún estudio al respecto, según lo que diga un Grupo de Genética a crear.

Referencias bibliográficas: 15
Revisor: MPF

S-4.037 *Regulation of medical profession: fantasy, reality and legality*

(Ética en la práctica clínica, y su control)

Autores: Samanta A, Samanta J
Revista/Año/Vol./Págs.: J R Soc Med 2004;97:211-8
Calificación: Bueno

Comentario: A veces es mejor que nos regulen desde fuera, como sugieren los autores, ingleses. La profesión médica tiene una antiquísima historia de auto-regulación, pero cada vez la sociedad es menos complaciente con lo que se ve como poder omnímodo de los médicos. Las comisiones de deontología no son muy útiles, y el proceso de los "expedientes" es lento y puede llegar a ser injusto. Todo lo complica, además, el que la sociedad espere más de lo que se exige a otras profesiones. Es cierto. No basta con hacerlo bien, hay que hacerlo mejor de lo que se nos supone.

Referencias bibliográficas: 49
Revisor: MPF

S-4.038 *Validación del Pneumonia Severity Index en la hospitalización de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad*

Autores: Querol JM, Tenías JM, Querol JM, González D, Hernández M, Ferreruela R, et al y Grupo NAC 2000.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2004;122(13):481-6.
Calificación: Muy bueno

Comentario: El *Pneumonia Severity Index* (PSI) es la habitualmente conocida como escala de Fine. Es un extraordinario predictor de mortalidad. Con 19 variables, clasifica a los pacientes en 5 grupos. En los del grupo I y II se aconseja tratamiento ambulatorio y en los de IV y V el ingreso. No obstante, para disminuir las complicaciones y los reingresos, los autores de este estudio realizado en Xàtiva (Valencia), aconsejan tener en cuenta otros criterios adicionales además de los del PSI a la hora de ingresar a un paciente, como son: descompensación, enfermedad de base, problemas psicosociales o falta de respuesta al tratamiento antibiótico.

Referencias bibliográficas: 23
Revisor: MARL

S-4.039 *¿Dónde tratar la neumonía adquirida en la comunidad?*

Autores: Zalacaín R
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2004;122(13):496-8.
Calificación: Bueno

Comentario: El 70%-80% de las neumonías adquiridas en la comunidad se tratan ambulatoriamente de forma poco homogénea. La utilización del PSI pronostica bien la evolución y es útil para decidir el ingreso o no. Pero su aplicación no es fácil, requiere datos de laboratorio, penaliza a los jóvenes, da poco valor

a la hipoxemia, no tiene en cuenta problemas sociales ni los deseos del paciente. Otras escalas más sencillas como el CURB 65, con 4-5 variables, también son útiles para decidir el ingreso o no. Pero nada debe sustituir al correcto juicio clínico del médico responsable del paciente, que a menudo tiene que tener en consideración algo más que datos más o menos cuantitativos y objetivables.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: MARL

S-4.040 **Efecto nocebo: la otra cara del placebo**

Autores: Ferreres J, Baños JE, Farré M.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(13):511-6.

Calificación: Bueno

Comentario: Título muy ilustrativo del contenido de esta revisión. El efecto nocebo son los efectos indeseables de un medicamento no debidos al efecto farmacológico (al contrario que el efecto placebo, que sería beneficioso). Se revisan los mecanismos implicados en su aparición, tanto psicológicos (expectativas, aprendizaje, condicionamiento) como neuroquímicos. En la práctica es frecuente el efecto nocebo en pacientes que presentan trastornos inespecíficos casi con cualquier medicamento y tendentes a somatizar (que tanto nos desesperan y que con frecuencia son difíciles de tratar, llevando un sufrimiento sobreañadido).

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: MARL

S-4.041 **Impacto de la revisión de los criterios de la ADA-2003 sobre la prevalencia de la glucemia basal alterada**

Autores: Baena JM, Salas LH, Sánchez R, Altes E.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(13):517-8.

Calificación: Bueno

Comentario: La Asociación Americana de Diabetes ha rebajado en 2003 el punto de corte para considerar glucemia basal alterada a 100 mg/dl en plasma venoso. Con esta modificación, como es lógico, aumentan las personas con GBA. En los datos que se presentan, de Barcelona, tendrían la glucemia normal el 59,3% de los mayores de 18 años, el 17,5% tendrían GBA y el 15,6% diabetes mellitus. Parece ser que los cambios en el estilo de vida y el tratamiento con metformina en personas con glucemia de 100-125 mg/dl previene la progresión a diabetes.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: MARL

S-4.042 **Health care and medication costs and use among older adults with heart failure**

(La dispensación ajustada –ni más ni menos– reduce ingresos por insuficiencia cardíaca)

Autores: Stroupe KT, Teal EY, Weiner M, Grados-Pizlo I, Brater DC, Murray MD.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004;116:443-450.

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los pacientes siguen los tratamientos indicados en menos de la mitad de los casos. Además, pueden tener medicamentos de más o de menos en casa. Los autores, gringos, hacen un bonito seguimiento de 1.554 pacientes con insuficiencia cardíaca entre los años 1996 y 2000. Valoran si reciben de la farmacia medicamentos en exceso, a tiempo, o en exceso. Sólo el 31% reciben medicamentos según se les acaban. El recibir de

menos o de más se asocia a mayores ingresos, consultas a urgencias y costes. Es decir, ambos extremos son perjudiciales.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-4.043 **Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly**

(El seguimiento con un equipo geriátrico disminuye las reacciones adversas a medicamentos)

Autores: Schamader KE, Hanlon JT, Pieper CF, Sloane R, Ruby CM, Twersky J, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004;116:394-401.

Calificación: Bueno

Comentario: Tenemos un grave problema con los medicamentos y sus efectos adversos en los ancianos. De ahí el interés de este trabajo, realizado en EE.UU. con pacientes del sistema público que atiende a veteranos de guerra. Evaluaron en 834 mayores de 65 años, “frágiles” el impacto en efectos adversos de la organización del seguimiento y atención por parte de un equipo formado con un geriatra, una enfermera y un trabajador social. El efecto fue positivo en el medio ambulatorio. Los efectos adversos graves más frecuentes fueron hipoglucemia e insuficiencia renal.

Referencias bibliográficas: 38

Revisor: JG

S-4.044 **Current overview of statin-induced myopathy**

(La rabdomiólisis, complicación temible durante el uso de las estatinas)

Autores: Rosenson RS.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004;116:408-16.

Calificación: Bueno

Comentario: Las estatinas tienen un efecto beneficioso indudable tras el infarto de miocardio. Entre los efectos adversos de las estatinas el peor es la rabdomiólisis, pues puede llevar a la muerte. En este trabajo se revisa la miopatía por estatinas, de causa desconocida, pero que aumenta en algunas situaciones: ancianos, mujeres, polifarmacia (fibratos, ciclosporina y otros fármacos), dieta (zumo de pomelo), insuficiencia hepática y renal e hipotiroidismo. Lo prudente es utilizar simvastatina y pravastatina (con pocos casos de rabdomiólisis y gran eficacia).

Referencias bibliográficas: 94

Revisor: JG

S-4.045 **Depression and cardiovascular sequelae in postmenopausal women. The Women's Health Initiative (WHI)**

(La depresión, factor pronóstico para mortalidad cardíaca)

Autores: Wassertheil-Smoller S, Shmaker S, Ockene J, Talavera GA, Greenland P, Cochrane B, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2004;164:289-98.

Calificación: Muy bueno

Comentario: La depresión no es sólo enfermedad, sino expresión de una forma de enfrentarse a la vida. De ahí su impacto en la salud. Los autores analizan los datos del seguimiento de 93.647 mujeres (WHI) durante 4 años, durante el climaterio (entre 50 y 79 años de edad). El análisis inicial incluía una valoración breve

de depresión, además de otros muchos datos. Un 17% de las mujeres tuvo síntomas de depresión al inicio. La depresión se asoció a mayor mortalidad general (riesgo relativo 1,32) y mayor mortalidad cardiovascular (1,5) tras corregir por morbilidad y factores de riesgo.

Referencias bibliográficas: 42

Revisor: JG

S-4.046 *Inappropriate medication prescribing for elderly ambulatory care patients*

(Los antidepresivos no mejoran las perspectivas. Se sigue prescribiendo mal a los ancianos)

Autores: Goulding MR.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2004;164:305-12.

Calificación: Bueno

Comentario: La prescripción inapropiada a ancianos es un problema de actualidad (y antiguo). El autor examina los resultados de dos encuestas realizadas en EE.UU., y demuestra que las cosas no mejoran con los años. Alrededor del 8% de los ancianos reciben una prescripción inapropiada, lo mismo en 1995 que en 2001. Los más numerosos fueron los analgésicos y psicofármacos; y con más frecuencia en las mujeres. Entre los medicamentos se prescribieron propoxifeno, diacepam, exibutina, amitriptilina e hidroxicina. A más medicamentos prescritos, mayor probabilidad de prescripción inapropiada.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG

S-4.047 *Establishing and optimal therapeutic range for coumarins*

(El INR, entre 2 y 3)

Autores: O'Donnell M, Hirsh J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2004;164:588-90.

Calificación: Bueno

Comentario: ¿Cuál es el INR más conveniente en el control de un paciente anticoagulado? Depende del paciente y del objetivo de la anticoagulación. Los autores, canadienses, revisan la cuestión al comentar el trabajo siguiente (S-4.048), y tienen en cuenta los diversos ensayos clínicos. Concluyen que un INR entre 2 y 3 es lo mejor (algo más en caso de usarlo en infarto y menos si se emplea a largo plazo tras un tromboembolismo). Reconocen que en general se logra mejor un INR adecuado en clínicas específicas. ¿No servimos los médicos generales?

Referencias bibliográficas: 42

Revisor: JG

S-4.048 *Lowering the intensity of oral anticoagulant therapy. Effects on the risk of hemorrhage and thromboembolism*

(El INR puede bajarse, sin empeorar el resultado)

Autores: Torn M, Meer F, Rosendaal FR.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2004;164:668-73.

Calificación: Muy bueno

Comentario: La anticoagulación se ha convertido en el pan nuestro de cada día, de forma que deberíamos hacerlo muy bien, por su eficacia y peligrosidad. Los autores, holandeses, estudian el efecto de bajar el INR ideal en válvulas cardíacas mecánicas de 4 a 3,5, y de isquemia cerebral y fibrilación auricular, de 3,5 a 3,0. Comparan 2.341 pacientes antes con 2.256 después. Disminu-

yen las hemorragias graves del 3,6% al 2,7%, y la incidencia de tromboembolismo del 2% al 0,8%. Parece lógico, ¿no?

Referencias bibliográficas: 43

Revisor: JG

S-4.049 *How can we improve adherence to blood pressure lowering medication in ambulatory care? Systematic review. A randomized controlled trials*

(Para mejorar el cumplimiento en la hipertensión, menos medicamentos)

Autores: Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2004;164:722-32.

Calificación: Bueno

Comentario: Muchos de los pacientes que necesitan tratamiento para su hipertensión no siguen el régimen recomendado. ¿Cómo lograrlo? Los autores, ingleses, revisan todo lo publicado al respecto (en todos los idiomas) y localizan 38 estudios de 58 posibles intervenciones (uno hecho en España). Lo mejor es reducir y simplificar el tratamiento. Los trabajos no son muy buenos, y no sabemos si el cumplimiento mejora el resultado (mejor salud, menos complicaciones). La educación de los pacientes es de muy poca utilidad.

Referencias bibliográficas: 55

Revisor: JG

S-4.050 *Hemoglobin A_{1c} level and future cardiovascular event among*

(La hemoglobina glicada no predice la mortalidad cardiovascular)

Autores: Blake GJ, Pradhan AD, Manson JE, Williams K, Ridker PM, Glynn RJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2004;164:757-61.

Calificación: Muy bueno

Comentario: Utilizamos el resultado de hemoglobina glicada para el control de la diabetes, pero no sabemos bien su utilidad. Los autores utilizan los datos del estudio con enfermeras estadounidenses (WHS), 28.345, seguidas durante 7 años. Valoran la cifra inicial de hemoglobina glicada en sangre y su asociación con patología cardiovascular. Si no hay diabetes la hemoglobina glicada no tiene impacto *per se*. Si hay diabetes, lo importante es la enfermedad, no la cifra de hemoglobina glicada.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-4.051 *Integración del modelo EFQM y el despliegue Hoshin Kanri en un área de atención primaria*

Autores: Rodríguez-Balo A, Ferrándiz, Santos J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Calidad Asistencial 2004;19:45-52.

Calificación: Bueno

Comentario: No es fácil lograr que las cosas sirvan para algo. El antiguo INSALUD se gastó muchos millones de pesetas en diseñar un Plan Estratégico (que se tiró al cubo de la basura). Los del Área 11 de Madrid lograron transformarlo en algo útil, a través de un doble proceso, de auto-evaluación de la calidad (EFQM, para saber lo que hacemos) y de sistematización de objetivos (despliegue Hoshin-Kanri). La verdad es que el texto es sólo descriptivo y típico de los estudios de calidad (dice muy poco), pero menos da una piedra.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-4.052 **Evidence-based public health: moving beyond randomized trials**

(Se necesitan estudios observacionales en salud pública)

Autores: Victora CG, Habicht JP, Bryce J.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Public Health* 2004;94:400-5.

Calificación: Buena

Comentario: Los ensayos clínicos tienen un campo muy limitado, ceñido casi en exclusiva al estudio de un medicamento contra placebo. Así, es esperable que tengan poca utilidad en cuestiones de salud pública. Los autores revisan esta cuestión, y lo hacen bien, tanto respecto a los problemas de validez interna como a los de validez externa. La mayor dificultad es la larga cadena de eventos que va desde la medida de salud pública al cambio en el resultado de salud. Por ello los ensayos clínicos deberían suplementarse (o sustituirse) por ensayos observacionales, que bien hechos pueden aportar mucho.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-4.053 **Family consequences of chronic back pain**

(El dolor de espalda laboral repercute en la familia)

Autores: Strunin L, Broden LI.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Soc Science Med* 2004;58:1385-93.

Calificación: Excelente

Comentario: El dolor lumbar es una lacra en gran parte creada y mantenida por los médicos y sus actividades (bajas, radiología y demás). En este trabajo, gringo, entrevistaron por teléfono a 414 trabajadores de baja por dolor lumbar de origen laboral, para analizar el impacto de la lumbalgia en su vida familiar. Como es esperable, el dolor lumbar cambia los papeles familiares y ambos sexos dejan de hacer sus trabajos típicos. Además, tiene dificultades en la vida diaria, para la actividad sexual, y para los deportes. Ello obliga a reorganizar las familias. La enfermedad, no cabe duda, interviene en nuestro papel en la familia.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-4.054 **Evaluation of advanced access in the National Primary Care Collaborative**

(Se puede mejorar el acceso al médico general)

Autores: Pickin M, O’Cathain A, Sampson FC, Dixon S.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2004;54:334-40.

Calificación: Buena

Comentario: El acceso al médico general debería ser inmediato, o casi. Eso conlleva, claro, una gran flexibilidad en la agenda. Es más cómodo trabajar con “citados” que con “espontáneos”. Lo lógico es mezclar ambos. En este trabajo se demuestra el efecto de una iniciativa (5.000 libras esterlinas por centro) para que los 352 centros participantes organizaran mejor el acceso de los pacientes. Los tiempos bajaron a una espera de 1,9 días de media (desde 3,6). El 83% de los médicos generales (308/371) estuvo satisfecho con la experiencia, pero los de 12 centros no repetirían.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-4.055 **Are NHS primary care performance indicators scores acceptable as markers of general practitioner quality?**

(Los indicadores de calidad, pocos y fáciles de interpretar)

Autores: Houghton G, Rouse A.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2004; 54:341-4.

Calificación: Buena

Comentario: Es difícil medir la calidad y lograr que los medidos los acepten. Por eso es interesante este trabajo en el que se parte de los 20 indicadores de calidad del Ministerio de Sanidad inglés para valorar el trabajo de lo equivalente a áreas de salud integradas (en coordinación con hospitales). Con un método Delphi 25 médicos generales reducen los 20 indicadores a 7. Su empleo demuestra que resumen a los previos. Incluyen cosas como porcentaje de genéricos, de niños bien vacunados, de prescripción de antibióticos y demás.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-4.056 **La producción científica española en Medicina en los años 1994-1999**

Autores: Gómez I, Fernández MT, Bordons M, Movillo F

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Clin Esp* 2004; 75-88.

Calificación: Muy buena

Comentario: Las revistas científicas publican de todo. Pero en general, si se analiza lo publicado puede tenerse una idea de cómo va la actividad científica de un país. El análisis se hace a través del producto de una empresa estadounidense, que prima a las revistas de EE.UU. Los firmantes, madrileños, demuestran que en España las cosas han mejorado desde 1994 a 1999. Destacan Madrid (31%), Cataluña (29%), Andalucía (12%) y Valencia (9%). El campo de Medicina Interna/General es el segundo. Respecto a Europa, estamos en sexta posición.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-4.057 **A review of the literature examining linkages between organizational factors, medical errors, and patient safety**

(No sabemos cómo interviene en los errores la organización)

Autores: Hoff T, Jameson L, Hannan E, Flink E.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care Res Rev* 2004; 61:3-37.

Calificación: Muy buena

Comentario: Todos decimos que la organización comparte los errores de los clínicos. Es cierto, pero ¿está demostrado? Los autores, de Nueva York, hacen una búsqueda a fondo de artículos en que se describen con hechos algo tan simple. Encontraron 2.445 trabajos, pero sólo en 42 (2%) había datos empíricos. El diseño era pobre, y los resultados difícilmente extrapolables. Es decir, que es un campo virgen. Cometemos errores, lo empezamos a considerar importante, pero hay poco experimental que nos ayude a estudiarlos y a evitarlos.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: JG

S-4.058 **Health care lobbying in the United States**

(La presión de los grupos sobre los políticos)

Autores: Landers SH, Sehgal AR.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004;116:474-7.

Calificación: *Bueno*

Comentario: Los gringos legislan sobre cosas increíbles, y han establecido un registro sobre la actividad de los grupos de presión en política, que estudian los autores. Cada año hay 40.000 informes al respecto, sobre el gobierno federal. Los del sector salud cubren el 15% del total, más que ningún otro grupo, con un flujo de dinero de 237 millones de dólares en 2000. El grupo que presiona y gasta más es el de la industria farmacéutica (96 millones de dólares), seguido por los profesionales médicos (46 millones). Entre 1997 y 2000, aumentó más la presión de los hospitales (59%), seguidos de la industria farmacéutica (27%).

Revisor: MPF

S-4.059 *Health care lobbying: time to make patients the special interest*

(Médicos y pacientes como grupos de presión)

Autores: Kushel M, Bindman AB.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004;116:496-7.

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los médicos deberíamos ser conscientes de la necesidad de influir en los políticos, dicen los autores. No podemos asistir de brazos cruzados, por ejemplo, a la ausencia de una política sanitaria farmacéutica, que deja inerte a la sociedad, y que traslada a los hombros de los médicos el "controlar el gasto". Se insiste en que tenemos que aprender cómo se influye sobre los políticos. No se trata de defender los propios intereses, sino los de los pacientes. Como no podemos competir con dinero con los otros grupos de presión, lo lógico es utilizar nuestro conocimiento como el capital con el que influir. No es fácil.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: MPF

S-4.060 *A definition of casual effect for epidemiological research*

(De la asociación a la causalidad)

Autores: *Hernán MA.*

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2004;58:265-71.

Calificación: *Excelente*

Comentario: El autor trabaja en la Escuela de Salud Pública, en Harvard, y escribe un artículo precioso. Hay que leerlo con lápiz y papel, pero plantea la cuestión de la causalidad, que casi siempre se ignora. En general, se tiende a confundir asociación estadística con causalidad, y así acaban siendo transformados los factores de riesgo en enfermedades. El punto clave de la causalidad es que no está claro lo que pasaría en los pacientes sin o con "causa"; es decir, sólo sabemos lo que sucede, no lo que no sucede. Cuestión aparte, a la que dedica una sección, es el mal diseño y realización de los ensayos clínicos, que limitan la atribución de causalidad.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: MPF

S-4.061 *Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations*

(A más educación, más longevidad)

Autores: *Huisman M, Kunts AE, Andersen O, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, et al.*

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2004;58:468-75.

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: El efecto de la desigualdad social dura hasta los 90 años, al menos (el límite de edad que estudian en este trabajo, con 11 países europeos). La mortalidad relativa decrece ligeramente con el paso de los años, pero el riesgo absoluto aumenta. Por España participaron Carme Borrell (Barcelona) y Enrique Regidor (Madrid), lo que demuestra la importancia de las personas en todo, también en obtener información sobre desigualdad social. Los resultados españoles están en la media. Miden clase social por educación formal y por propiedad o alquiler del piso. La educación tiene mucho mayor impacto, como era esperable.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: MPF

S-4.062 *Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología*

Autores: *Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal.*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2004.*

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: El cáncer colorrectal (CCR) es el más frecuente a nivel global en nuestro entorno (el de pulmón lo es en varones y el de mama en la mujer). En esta guía se hace una exhaustiva y buena revisión respecto a la prevención del CCR, para dar unas breves recomendaciones con todo el fundamento científico actual. Se va hacia el cribado poblacional en personas mayores de 50 años (sangre oculta en heces anual o bienal, sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 10), pero antes habría que disponer de los recursos necesarios, aceptarse por la población (y profesionales), y valorar su coste y resultados en nuestro medio.

Referencias bibliográficas: *libro*

Revisor: MARL

S-4.063 *Beneficios clínicos de la implantación especializada y urgente del ictus de un sistema de atención*

Autores: *Álvarez J, Molina C, Montaner J, Arenilla J, Pujadas F, Huertas R, et al.*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(14):528-31.

Calificación: *Bueno*

Comentario: Hace muy poco, la actitud ante un ictus era bastante pesimista y pasiva. Pero las cosas han ido cambiando. Una atención de calidad temprana puede limitar la necrosis tisular y mejorar el pronóstico del paciente. En este artículo se demuestra con datos la utilidad de una atención urgente del ictus, protocolizada y especializada, realizada en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona; mejoran indicadores de calidad asistencial como los ingresos hospitalarios, la readmisión hospitalaria temprana, la estancia hospitalaria y lo que es más importante, la mortalidad y la institucionalización.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: MARL

S-4.064 *Morir en paz: evaluación de los factores implicados*

Autores: *Bayés R.*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(14):539-41.

Calificación: *Informativo*

Comentario: Interesante artículo en el que se reflexiona acerca de la gran variabilidad interpersonal y temporal respecto a los fac-

tores que las personas consideran que ayudarían a morir en paz. Además de un buen control de síntomas, hay que tener en cuenta aspectos relacionados con la autonomía-dependencia, el sentido de la vida y el soporte emocional. Se apunta la necesidad de investigar sobre el tema, respetando al máximo a los pacientes que se encuentran en situación terminal.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: MARL

S-4.065 *Knowledge and beliefs of primary care physicians, pharmacists and parents on antibiotic use for the pediatric common cold*

(¿Antibióticos? Más vale ponerse una vez colorado)

Autores: Cho HJ, Hong SJ, Park S.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Soc Sci Med* 2004;58(3):623-9.

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La prescripción excesiva e inadecuada de antibióticos es un problema. En este estudio realizado en Corea se observa que médicos, farmacéuticos y pacientes creen que su uso en el catarro común disminuye las complicaciones. Los médicos perciben que el paciente espera antibióticos con mucha frecuencia (73%) (lo que suele conllevar su prescripción), pero estos dicen que sólo los pidieron expresamente en el 2%. ¿Por qué no preguntamos directamente a los pacientes si esperan o no recibir antibióticos para su motivo de consulta actual, sobre todo cuando no sean necesarios?

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: MARL

S-4.066 *A longitudinal population-based study on treated and untreated major depression*

(La depresión, un trastorno crónico que evoluciona a su aire)

Autores: Wang JL.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2004; 42:543-50.

Calificación: *Excelente*

Comentario: La enfermedad mental no llega muchas veces a los médicos (y no sabemos si debería llegar). En este trabajo canadiense se estudió una muestra de 609 pacientes con depresión mayor en un estudio poblacional. Hubo recurrencia en el 50% de los pacientes tratados a lo largo de los 12 meses antes del seguimiento. La recurrencia fue del 29% en los no tratados. En total el 37% no había requerido atención médica y no tuvo recurrencia en los 6 años siguientes. La pregunta es si en la actualidad no estamos tratando en exceso la depresión y a los depresivos.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-4.067 *Patient satisfaction with primary care. Does type of practitioner matter?*

(La atención clínica satisface al paciente, si se hace bien, por médicos y por enfermeras)

Autores: Robin DW, Becker ER, Adams EK, Howard DH, Roberts MH.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2004; 42:579-90.

Calificación: *Buena*

Comentario: Muchas de las cosas que hacemos los médicos las hacen las enfermeras tan bien, o mejor. Algunas no las tendríamos que hacer (nadie), como la revisión del niño sano. Ese es otro asunto. Los autores estudian la satisfacción de niños y adul-

tos con médicos y enfermeras en una HMO estadounidense. Son 41.209 pacientes, entre 1997 y 2000. No hay diferencias entre la atención por médicos y enfermeras en la evaluación global y respecto al acceso. Las enfermeras obtienen mejor puntuación respecto a la interacción. Los médicos respecto al seguimiento de pacientes.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-4.068 *Trends in heart failure outcomes and pharmacotherapy: 1992-2000*

(Los bloqueadores beta disminuyen la mortalidad por insuficiencia cardíaca)

Autores: Lee DS, Mandami MM, Austin PC, Gong Y, Liu P, Rouleau JL et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004; 116:581-9.

Calificación: *Excelente*

Comentario: Hay medicamentos "huérfanos". Es decir, medicamentos útiles que utilizamos poco. Entre ellos, los bloqueadores beta. Los autores, canadienses, estudian el uso de la medicación en ancianos con insuficiencia cardíaca, a lo largo de nueve años, en 77.421 pacientes. Disminuyó la mortalidad y disminuyó la hospitalización. Aumentó el uso de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina del 58% al 62%; y el de bloqueadores beta del 6% al 22% por el contrario disminuyó el uso de todos los demás medicamentos. Atribuyen a los bloqueadores beta un 30% del descenso en mortalidad.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-4.069 *Case management for patients with poorly controlled diabetes: a randomized trial*

(El "manejo de casos" no mejora a los diabéticos)

Autores: Krein SL, Klammer ML, Vijan S, Lee JL, Fitzgerald JT, Pawlow A, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004; 116:732-9.

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: En la ley de Cohesión se describe a los médicos como "gestores de casos". Una idiotez basada en lo moderno. La gestión de casos es la coordinación intensa de pacientes complejos, una forma más de romper la continuidad. Los autores, gringos, estudian el seguimiento de pacientes diabéticos mal controlados. Hacen un ensayo clínico, de año y medio, con 106 pacientes en el grupo experimental y 103 en el control. No hay diferencias. Al final siguen igual de mal controlados todos. Ojo, pues, a lo del "manejo de casos".

Referencias bibliográficas: 49

Revisor: JG

S-4.070 *Avoidable mortality in Europe (1980-1997): a comparison of trends*

(Poco impacto de la actividad clínica en la mortalidad evitable)

Autores: Trenniet HF, Boshuizen HC, Harteloh PPM.

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2004;58:290-5.

Calificación: *Buena*

Comentario: La mortalidad evitable es uno de los campos clave del trabajo de los médicos. Eso, y la morbilidad evitable. En este trabajo, holandés, se revisa la evolución de la mortalidad evitable

en la Unión Europea, además de en Hungría y República Checa, de 1980 a 1997. Los resultados no son muy buenos, pues la mortalidad evitable ha bajado sólo en 2,4%. En España tuvimos buenos resultados en tuberculosis, cirrosis de hígado, accidentes de coches y reumatismo cardíaco, y malos resultados respecto a cáncer de pulmón y de cérvix, asma y leucemia.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-4.071 *Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA*

(A más médicos de primaria, menos mortalidad infantil y menos bajo peso al nacer)

Autores: Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:374-80.

Calificación: Buena

Comentario: Es difícil revertir el enorme impacto que tiene en la salud la desigualdad en la misma; una fuerte atención primaria puede lograr algo. Los autores, de la *Johns Hopkins* (EE.UU.) hacen un análisis ecológico y valoran la relación entre médicos de primaria (de familia, generales, pediatras e internistas con consulta fuera del hospital) y la mortalidad infantil y el bajo peso al nacer. En 50 estados estudiados de EE.UU. se demuestra que a más médicos de primaria menos mortalidad infantil y menos bajo peso al nacer. Parece, pues, que servimos para algo.

Referencias bibliográficas: 62

Revisor: JG

S-4.072 *Newborn screening for cystic fibrosis: the practical implications*

(Otro cribaje inútil neonatal: el de la fibrosis quística)

Autores: Southern KW.

Revista/Año/Vol./Págs.: *J R Soc Med* 2004; 97 (Suppl 44):57-9.

Calificación: Buena

Comentario: Estamos locos, no cabe duda. Se nos echa encima otra prueba de cribaje en los recién nacidos y no decimos nada. Ahora se trata de la fibrosis quística. No se ha demostrado que el cribaje mejore el pronóstico de la enfermedad pulmonar, pero el éste se impondrá. En este texto se comenta la iniciativa en el Reino Unido, con determinación de la mutación AF508 del gen *CETR*, y medición del tripsinógeno en sangre. Tendrán la enfermedad 1 de 10 con mutación del gen, y 1 de 28 con bajo tripsinógeno. Y si éste no está bajo, no aclara mucho la cosa. Lo dicho, una locura.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-4.073 *The language of medicine*

(Del griego al inglés macarrónico)

Autores: Wulff HR

Revista/Año/Vol./Págs.: *J R Soc Med* 2004; 97:187-8.

Calificación: Informativo

Comentario: Gran parte de nuestra formación se dedica al aprendizaje de un vocabulario, de una jerga, que luego empleamos como arma poderosa, por ejemplo al transformarlas "dormir mal" por "insomnio", como si con ello hiciéramos un diagnóstico. El autor, danés, revisa la evolución del lenguaje de los médicos, desde el griego en Grecia y Roma, al latín y el árabe en la Edad Media. Los idiomas nacionales, con la extrema importancia del fran-

cés y del alemán en el siglo XIX han terminado en el predominio del inglés en el XX y XXI (ayudó la locura europea de las dos Guerras Mundiales y el papel de EE.UU.).

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-4.074 *Newborn screening for cystic fibrosis*

(Las consecuencias prácticas del cribaje neonatal de la fibrosis quística)

Autores: David TJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: *J R Soc Med* 2004; 97:209-10.

Calificación: Buena

Comentario: No cabe duda, los pediatras apoyan el cribaje de niños recién nacidos para determinar la mutación del gen *CETR*. Aunque no se ha demostrado que ello cambie (mejore) el curso de la enfermedad. Y aunque uno de los problemas graves es la demostración de la no-paternidad en muchos casos (la mutación lleva a estudiar el gen en los padres, y frecuentemente se demuestra que el padre no es tal). Familias rotas, pues, a cambio de nada. De saber más para vivir con más angustia, para decidir si se quiere tener más hijos, y para vivir amenazados por un futuro que no sabemos si llegará.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-4.075 *Changes in drug utilization following the outpatient prescription drug cost-sharing program. Evidence from Taiwan's elderly*

(La dudosa utilidad de los copagos)

Autores: Liu SZ, Romeis JC.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy* 2004; 68:277-87.

Calificación: Muy buena

Comentario: La cuestión de los co-pagos está siempre pendiente en España. Tenemos el de los medicamentos a lo bruto, y por ahora nada más. Por eso es interesante el caso de Taiwan, que estableció un sistema nacional de salud en 1995 y en 1998 ya no daban abasto con el gasto. Pusieron co-pago a los medicamentos, según el coste de los mismos; y dejaron gratis los tratamientos para ancianos crónicos. Los autores demuestran que el co-pago no disminuyó el gasto global, aunque moderó en algo el uso de medicamentos no esenciales.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-4.076 *Recruiting and developing an effective workforce in the British NHS*

(Hay razones de todo tipo para trabajar en el sector público sanitario)

Autores: Pearson R, Reilly P, Robinson D.

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Health Services Res* 2004; 9 (Suppl 1):17-23.

Calificación: Buena

Comentario: No está claro qué nos llevó a muchos a trabajar en el sector público. Desde la seguridad en el empleo hasta la independencia en el desempeño. Los autores, ingleses, estudian el caso del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido. Demuestran que el dinero es más importante en las categorías peor pagadas, que los incentivos pueden ser útiles si está bien diseñados. Y que sabemos poquísimo sobre como atraer, mantener y retener a los mejores profesionales. Tienen toda la razón.

Referencias bibliográficas: 24
Revisor: JG

S-4.077 *Regulating the health care workforce: next steps for research*

(O nos regulamos, o nos regulan)

Autores: Davies C.

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Health Services Res* 2004; 9 (Suppl 1):55-61.

Calificación: Excelente

Comentario: Es característico de una profesión el que sus miembros se auto-regulan. Así, los profesionales sanitarios han establecido comités o agrupaciones que permiten ejercer ese auto-control y responder en bloque ante la sociedad. Pero la sociedad está perdiendo la confianza en la capacidad de auto-regulación, así que cada vez hay más controles externos. La autora revisa con acierto este complejo mundo que los médicos solemos ver como cosa natural. Sin embargo, es muy artificial, y conviene no perder la confianza social, porque entonces habremos perdido todo.

Referencias bibliográficas: 50

Revisor: JG

S-4.078 *Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuba health paradox*

(Cuba, un ejemplo de cómo producir salud sin riqueza)

Autores: Spiegel JM, Yassi A.

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Public Health Policy* 2004; 25:85-109.

Calificación: Muy bueno

Comentario: Lo de Cuba no tiene nombre. Ni la dictadura, ni el bloqueo de EE.UU. Entre medias, el pueblo, como siempre. Los autores, canadienses, hacen una loa justificada sobre los éxitos en salud en Cuba, y una crítica indirecta al Fondo Monetario Internacional (ahora dirigido por un político del PP español), que tantas veces ha arruinado la salud de las naciones con sus recomendaciones. Lo interesante de Cuba (como en Kerala-India) es que demuestra que se puede "producir" salud en la pobreza. El sistema de Atención Primaria se basa en un médico y una enfermera para 120 familias (una base poblacional demasiado pequeña).

Referencias bibliográficas: 87

Revisor: JG

S-4.079 *US health care spending in an international context. EE.UU.*

(Un ejemplo de cómo gastar sin límite en el sector salud)

Autores: Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GE

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Affairs* 2004; 23:10-25.

Calificación: Muy bueno

Comentario: De vez en cuando hay quien habla de experimentos y organizaciones gringas, como las HMO. De hecho se está promoviendo su difusión en Europa y América. Una idiotéz. Los autores revisan el gasto en salud en EE.UU. (que ya consume el 13,9% del PIB en 2001), y lo comparan con otros países. Emplean la palabra "monstruoso" para describir el absurdo de sus formas de pago. Calculan que el coste administrativo es del 24% del total, y que en 2003 probablemente haya consumido el 14,9% del PIB. En España en 2001 fue el 7,4%.

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: JG

S-4.080 *The General Agreement of Trade in Services: implications for health policy makers.*

Autores: Belsky L, Lie R, Matoo A, Emanuel EJ, Sreenivasan G.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Affairs* 2004; 23:137-45.

Calificación: Bueno

Comentario: El mundo es más global de lo que parece, y está bien que sea global, pero a veces nos pasamos. Por ejemplo, con la Organización Mundial del Comercio (OMC) y el acuerdo de comercio sobre servicios (GATS). Probablemente se someterá a referendum en Europa la propuesta de una Constitución europea. Los autores sostienen que algo parecido había que hacer respecto al GATS, pues imponen una legislación que se come a la nacional. En total, que no habrá fronteras comerciales para los servicios sanitarios (ni de comercio, ni de consumo, ni de propiedad ni de trabajadores).

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-4.081 *New concepts in screening*

(No hay cribaje sin riesgos)

Autores: Gray M.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2004; 54:292-8.

Calificación: Excepcional

Comentario: El autor, inglés, es de los clásicos de la prevención, y en este texto pone al día el complejo mundo del cribaje (la detección precoz de la enfermedad). Empieza diciendo que "todos los cribajes tienen efectos adversos; algunos tienen beneficios". Es una forma de poner las cosas en su sitio. Aunque casi todo el mundo lo ve al revés (incluso como si el cribaje sólo tuviera beneficios). Sostiene los viejos principios de Wilson y Jungner, de 1968; que debería cumplir cualquier cribaje que se propusiera. En fin, un texto a leer por todos los profesionales.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG