

Con la colaboración de



S-2.594 *Los principales problemas de salud según la opinión de los usuarios*

Autores: Icart MT, Icart MC, Pulpón AM, Mena J, García AM, Carrés L
Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2001; 28: 263-268

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes pueden tener ideas anecdóticas, pero conviene conocerlas aunque sólo sea para adaptarnos a su realidad. En este trabajo, hecho por enfermeras catalanas, se entrevistó a 360 pacientes de seis consultas barcelonesas, acerca de qué enfermedades creen que son más importantes en España (cáncer [22%], cardiovasculares [17%], sida [8%] y problemas de salud mental [6%]), para ellos mismos y para ser investigadas (cáncer [59%], sida [15%], problemas de salud mental [6%] y cardiovasculares [5%]). Al preguntarles por sus propias enfermedades, muchos no se identificaban como enfermos pese a acudir por razones como diabetes, hipertensión y artrosis.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: MPF

S-2.595 *Paludismo inducido en España. 1971-2000*

Autores: Rataeche V

Revista/Año/Vol./Págs.: *Bol Epidemiol Semanal* 2001; 9: 137-138

Calificación: Informativo

Comentario: En este trabajo se analiza la declaración de casos de paludismo provocados por la actividad médica. El último es de 1998, en Canarias, un anciano de 70 años ingresado en un hospital por aneurisma de aorta y que estuvo unas horas en la misma sala de reanimación que un marinero con paludismo. No se sabe el mecanismo, pero se infectó. A veces es por las llaves de tres pasos, en las vías intravenosas, si se utiliza la misma jeringa para la heparinización. O por transfusiones, por trasplantes y por compartir jeringuillas entre drogadictos. O por accidentes de los profesionales sanitarios que atienden a estos enfermos. En 30 años sólo ha habido 62 casos.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MPF

S-2.596 *Autores, revisores, editores: las reglas del juego*

Autores: García AM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2001; 15: 294-295

Calificación: Bueno

Comentario: El proceso de revisión de los manuscritos enviados a las revistas científicas suele dejar en una posición débil al autor, como ha reconocido la revista **SEMERGEN** al establecer la figura de "la defensora del autor y del lector", que me corresponde por ahora. En esta nota editorial se invita a la discusión acerca del proceso de revisión de los manuscritos en *Gaceta Sanitaria*, lo que dará pie, es de esperar, a una abultada sección de "Cartas al director". Es de aplaudir la preocupación, aunque resulte anecdótica la postura del firmante, quien acepta que los revisores desconocen quién es el autor del texto que evalúan.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: MPF

S-2.597 *A new system for grading recommendations in evidence based guidelines*

(Valoración del fundamento científico de los estudios utilizados para hacer protocolos)

Autores: Harbour R, Miller J, Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2001; 323: 334-336

Calificación: Bueno

Comentario: Para establecer guías y protocolos de práctica clínica hay que revisar la bibliografía, valorar los estudios y hacer estimaciones acerca de la utilidad de las conclusiones en la situación en que se aplicará la guía. Como destacan los autores, escoceses, todo ello tiene un gran componente subjetivo, por lo que hay que dejar claro el método empleado. Proponen un nuevo sistema, que acepta valorar las recomendaciones desde A a D, pero teniendo en cuenta la calidad del diseño y de la realización de los estudios en que se basan dichas recomendaciones. Se valoran, por ejemplo, los ensayos clínicos, su calidad y aplicabilidad.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MPF

S-2.598 *T: Riesgo del comportamiento sexual de los viajeros españoles al extranjero*

Autores: Velasco M, Morote S, Aramburu C, Quintó LI, Corachán M, Gascón J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 612-613

Calificación: Bueno

Comentario: De 1.008 personas estudiadas en un hospital de Barcelona después de un viaje al extranjero, el 19% habían tenido relaciones sexuales ocasionales, la mitad sin preservativo. De los que mantuvieron relaciones sexuales, el 5,3% adquirieron alguna enfermedad de transmisión sexual. De los 89 que no utilizaron preservativo, ¿3 se infectaron por el VIH! (en India, Brasil e Indonesia). Es necesario concienciar a los viajeros de estos riesgos (los viajes son situaciones en que a menudo uno relaja sus costumbres y cuidados).

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-2.599 *Bioética para clínicos: una necesidad, una iniciativa, una propuesta*

Autores: Grupo Técnico del Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 16-17

Calificación: Informativo

Comentario: En el número 1 de este volumen se inicia una nueva sección de Bioética para Clínicos, elaborada por el Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud, con el fin de abordar los importantes temas de bioética y bioderecho con los que nos encontramos cada día. No se trata tanto de considerar encrucijadas trascendentales como de reflexionar y tomar decisiones respecto a los problemas éticos de la práctica cotidiana que todos conocemos: consentimiento informado, capacidad decisoria de los pacientes, relaciones entre profesionales, etc., partiendo de casos clínicos breves fácilmente reconocibles por los profesionales sanitarios.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: MARL

S-2.600 *La deliberación moral: el método de la ética clínica*

Autores: Gracia D, para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2001; 117: 18-23

Calificación: Bueno

Comentario: Primer artículo de la serie comentada anteriormente en el que se señalan los pasos a dar en el análisis crítico de casos bioéticos: presentación del caso por la persona responsable de la toma de decisiones, discusión de los aspectos médicos, identificación y priorización de los problemas morales, identificación de posibles acciones, deliberación y decisión final; se debería finalizar con los posibles argumentos en contra de la decisión y en contra de esos argumentos que estaríamos dispuestos a defender públicamente. Metodología útil para abordar problemas frecuentes que a menudo ignoramos o por los que pasamos "de puntillas".

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: MARL

S-2.601 *Prevención del cáncer colorrectal*

Autores: Castells A

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2001; 117: 69-75

Calificación: Bueno

Comentario: El cáncer colorrectal es el más frecuente a nivel global (aunque en el varón es más frecuente el de pulmón y en la mujer el de mama). En este trabajo se abordan las posibilidades de prevención primaria (sobre todo hábitos higiénico dietéticos: dietas ricas en folatos y calcio, fibra, pobres en carnes rojas, ejercicio físico, control del peso y no fumar), secundaria (detección sangre oculta en heces y sigmoidoscopia, que aunque han demostrado su utilidad en la disminución de la mortalidad en algunos estudios son muy difíciles de implementar en la población general) y terciaria o vigilancia de los pacientes con adenomas, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal.

Referencias bibliográficas: 42

Revisor: MARL

S-2.602 *Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations*

(Comparación de la salud entre clases sociales de naciones ricas)

Autores: Lynch J, Smith GD, Hillemeier M, Shaw M, Raghunatham T, Kaplan G

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2001; 358: 194-200

Calificación: Muy bueno

Comentario: La salud depende de múltiples factores, aparte del fundamento genético de la misma. En este trabajo se comparan 16 países "occidentales" para valorar el impacto de la desigualdad económica y de la estructura social sobre varios indicadores de salud. El punto débil es que utiliza datos de la OMS, de ínfima calidad. Sin embargo, los resultados son consistentes respecto al efecto de la desigualdad económica en la salud infantil, como se demuestra específicamente respecto a los EE.UU. y el Reino Unido, dos países con gran desigualdad y pobre salud infantil. España queda bastante bien, como era de esperar.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-2.603 *Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in the Baltic States*

(Política farmacéutica en los países bálticos)

Autores: Freemantle N, Bechmane D, Jöncheere K

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2001; 358: 260

Calificación: Bueno

Comentario: La política farmacéutica de países como Australia y Noruega sirve de ejemplo a otros muchos, que no son capaces de introducir racionalidad en su mercado farmacéutico. Este editorial sirve para recordar que la estructura sanitaria más poderosa y organizada es la industria farmacéutica, que deja sentir su influencia en los países ex comunistas, que poco pueden hacer para controlar la situación. Así, se sigue vendiendo el as-temizol por años, sin advertir sobre sus riesgos. O se introduce un nuevo medicamento "antipsicótico", la sertindola, que no ha logrado permiso en los EE.UU.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.604 *Cholesterol and all-cause mortality in elderly people from the Honolulu Heart Program: a cohort study*

(El colesterol bajo se asocia a mayor mortalidad)

Autores: Shatz IJ, Masaki K, Yano K, Chen R, Rodríguez BL, Curb JD.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2001; 358: 351-355

Calificación: Bueno

Comentario: A la gente le están haciendo creer que el colesterol mata (a muchos médicos también), como si no fuera una sustancia clave en la bioquímica. La conclusión de esta hipótesis malsana es que conviene bajar el colesterol en sangre, siempre y hasta donde se pueda. Con ello mueren las personas, pero el consuelo es que "tenía el colesterol bien". Los autores presentan los resultados de 20 años de seguimiento de 3.572 japoneses con residencia en EE.UU., y demuestran una asociación evidente entre colesterol bajo en sangre y mortalidad general en ancianos. Así que más vale tener el colesterol alto a ciertas edades.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-2.605 *Reforming health care. Saskatchewan style*

(El estilo de Saskatchewan (Canadá) de reforma sanitaria)

Autores: Dixon J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2001; 358: 526

Calificación: Bueno

Comentario: Saskatchewan es una provincia canadiense, inmensa, con poca población (un millón), y con graves problemas durante el invierno por el frío extremo. La provincia es conocida, pues ha tenido un sistema sanitario basado en la atención primaria desde antes de la II Guerra Mundial. Ahora se propone un cambio, una reforma sanitaria, y la receta suena familiar: cambio del médico de familia en práctica individual a equipos multidisciplinarios y mejora de la relación de los especialistas con la atención primaria.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

S-2.606 *Commentary: searching for risks for Alzheimer's disease*

(Comentario: búsqueda de factores de riesgo en el Alzheimer)

Autores: Brayne C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Internat J Epidemiol* 2001; 30: 598-599

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La autora comenta un artículo publicado en el mismo número de la revista, sobre factores de riesgo para desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Dicho artículo llega a conclusiones típicas y absurdas, con las que luego se llenan la boca los epidemiólogos (se asocia a historia de migraña y exposición a defoliantes, por ejemplo). El punto clave es el diagnóstico de Alzheimer, que siendo un diagnóstico anatomopatológico pretende convertirse en clínico. En el caso que se comenta se producen 110 casos de demencia en el seguimiento, 5 años, de 658 personas mayores de 65, sanas, y sólo 36 se consideran con Alzheimer.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-2.607 *Health information systems and health communications: narrow-band and broad-band technologies as core public health competencies*

(Tecnologías de la comunicación en la enseñanza de la salud pública)

Autores: Riegelman R, Persily NA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Public Health* 2001; 91: 1179-1183

Calificación: *Informativo*

Comentario: El desarrollo tecnológico facilita la comunicación... a quien sabe cómo hacer las cosas. Es decir, el uso del ordenador y de la información llegará a ser tan fácil como el del bolígrafo, habrá que saber escribir, habrá que saber qué hacer con la información. En este trabajo de la Universidad George Washington se habla sobre sistemas de información y sobre comunicación sanitaria. Es interesante ver cómo destacan que hay que saber adquirir y transmitir información, y cómo ponen énfasis en lograrlo con todos los estudiantes.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-2.608 *The effect of primary care physician supply and income inequality on mortality among blacks and whites in US metropolitan areas*

(A más generalistas más salud, pero no cuando la desigualdad económica/social es excesiva)

Autores: Shi L, Starfield B

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Public Health* 2001; 91: 1246-1250

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los autores habían demostrado que la densidad de médicos generalistas se asocia a la salud de la población (a más, más) y que dicha asociación es capaz, en parte, de revertir el efecto de la desigualdad económica sobre la salud (a más, menos). En este trabajo demuestran que el efecto positivo de la mayor presencia de atención primaria tiene un límite, y que dicho efecto es mucho más débil en poblaciones de negros que en poblaciones de blancos. Es decir, que para mejorar la salud de la población hay que promover una buena atención primaria y una menor desigualdad económica.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-2.609 *Medicamentos huérfanos*

Autores: *Anónimo*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Bol Terapéutico Andaluz* 2001; 17: 5-8

Calificación: *Informativo*

Comentario: No es raro que te toque en el cupo un paciente con una enfermedad rara, de baja frecuencia. Puede ser una distrofia muscular de Duchenne, una homocistinuria, una esclerosis lateral amiotrófica, una neurofibromatosis, o cualquier enfermedad infrecuente. En Europa, con una frecuencia menor de 5 casos por 10.000 personas. Lo malo es que estos pacientes se llevan mal, de forma que es interesante leer este texto para saber que hay incentivos para desarrollar medicamentos para estos pacientes, y para saber que hay asociaciones en las que agruparse (se dan las direcciones, y se incluye el correo electrónico).

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-2.610 *Is there a European health care policy emerging? Yes, but its nature is far from clear*

(Los jueces empiezan a conformar un sistema sanitario europeo)

Autores: Mossialns E, McKee M

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2001; 323: 248

Calificación: *Informativo*

Comentario: La Unión Europea ha evitado legislar sobre los derechos de sus ciudadanos a los cuidados médicos, aunque existen acuerdos que facilitan el tratamiento lejos del país concreto. Pero si hay libertad de movimiento, y si se reconocen las titulaciones entre los países miembros, lo lógico es establecer leyes y normas sobre un mínimo común denominador de los sistemas de salud. No se ha hecho, y los pacientes piden y reciben cuidados en terceros países de la UE, y solicitan el pago. En este editorial se comentan dos sentencias del Tribunal Europeo de Justicia que rellenan los huecos que dejan los políticos.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-2.611 *Preventing cardiovascular disease in primary care. Targets are fine in principle, but unrealistic*

(Los objetivos en prevención de la isquemia coronaria son utópicos)

Autores: Toop L, Richards D

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2001; 323: 246-247

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Aquí, en España, nos andan proponiendo la prevención primaria de la cardiopatía isquémica, como si tuviera fundamento científico y fuera fácil. Por eso es muy bueno este editorial, en el que se analiza la aspiración inglesa de tratar a los pacientes que tengan, al menos, un 30% de riesgo de infarto en los 10 próximos años. La propuesta no se sostiene, tanto por su escaso fundamento como por sus dificultades prácticas. Y menos si se le explica al paciente las cosas como sugieren los autores, con la verdad: años de sacrificios para reducciones modestísimas del riesgo.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-2.612 *General practice workload implications of the national service framework for coronary heart disease: cross-sectional survey*

(Las recomendaciones sobre riesgos cardiovasculares son imposibles de llevar a la práctica)

Autores: Hippisley-Cox J, Pringle M

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001; 323: 270-269

Calificación: Bueno

Comentario: En el Reino Unido hay interés por evitar los infartos de miocardio y las muertes consecuentes. Es natural, porque allí la frecuencia es mucho mayor que en España. Los autores utilizan las historias clínicas informáticas de 18 centros de salud, con 98.137 pacientes, y determinan que el 11% tienen isquemia coronaria, ictus, diabetes y/o hipertensión. En el registro de los factores de riesgo hay una enorme variabilidad (hasta 14 veces). Calculan que por cada 10.000 pacientes "medios", para mejor control de la isquemia coronaria, habría que anotar 904 ítems, y tomar 2.221 medidas de salud.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.613 *Patients and medical power. Shifting power in favour of the patient may not be so straightforward*

(Los pacientes nunca tendrán el poder que tienen los médicos)

Autores: Canter R

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001; 323: 414

Calificación: Excelente

Comentario: Aunque increíble, hay médicos que piensan y reflexionan, aunque sean cirujanos, como el autor. Se trata de un editorial brevísimo, de una página, en la que pone en solfa la expresión de "dar poder al paciente". La cuestión de fondo, que destaca, es la naturaleza del conocimiento médico, que siempre deja en manos del médico las decisiones. Aunque parezca que se traslada conocimiento y decisión al paciente, sólo se le hace entrar en un mundo definido por la ciencia médica, en la que los médicos siguen controlando las decisiones.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-2.614 *Prescriptions with potential drug interactions dispensed at Swedish pharmacies in January 1999: cross sectional study*

(Interacciones potenciales entre fármacos prescritos en Suecia)

Autores: Merlo J, Liedholm H, Lindblad U, Björck A, Fält J, Lindberg G et al

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001; 323: 427-428

Calificación: Bueno

Comentario: En Suecia se informatizan todas las recetas, de forma que los autores estudian las dispensaciones de un mes (casi un millón) a todos los suecos (algo más de 7 millones). Hubo un 13,6% interacciones potenciales. El 1,4% del total eran interacciones graves; entre ellas: dextropropoxifeno con alprazolam o con carbamezapina, cisaprida con eritromicina, claritromicina, fluconazol e itraconazol, y warfarina con AINE. También, en 2.358 casos, la asociación de suplementos de potasio con diuréticos ahorradores de potasio.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.615 *Priones y encefalopatía espongiforme bovina*

Autores: Eigen M

Revista/Año/Vol./Págs.: Investigación Ciencia 2001; 298: 74-83

Calificación: Bueno

Comentario: El autor, alemán, fue premio Nobel de Química en 1967, y escribe con un bagaje de cinética enzimática muy instructivo. Es importante tener idea de cómo pueden reproducirse las cadenas de priones alterados (PrPsc), sobre todo para poder elaborar pruebas diagnósticas más finas que las actuales (sólo posibles en el animal muerto). Parece que la "unidad" mínima con capacidad infecciosa son 100.000 moléculas de PrPsc, y eso es lo que deberían ser capaz de detectar los métodos diagnósticos, pero nos encontramos bien lejos de conseguirlo.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-2.616 *Metformin in patients with congestive heart failure*

(La metformina se debe evitar en los diabéticos con insuficiencia cardíaca)

Autores: Wayne C, Schultz P

Revista/Año/Vol./Págs.: Patient Care 2001; 35: 13

Calificación: Informativo

Comentario: En la diabetes se ha introducido la metformina, especialmente en pacientes obesos. El efecto adverso más grave de la metformina es la acidosis láctica, que puede provocar la muerte. Entre los factores de riesgo para desarrollar la acidosis se encuentran la insuficiencia renal, la insuficiencia hepática y la insuficiencia cardíaca congestiva. En esta breve nota se valoran el impacto de la metformina en las situaciones clínicas que facilitan la acumulación del lactato por aumento del metabolismo anaeróbico de la glucosa.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-2.617 *Efectividad del sildenafil en atención primaria*

Autores: Cerrada E, O'Connor I, García F, Caballero J, Cura I, Barrajas MA et al

Revista/Año/Vol./Págs.: MEDIFAM 2001; 11: 383-389

Calificación: Bueno

Comentario: La impotencia es un grave problema de salud, que se ha intentado solucionar de muchas maneras. El uso del sildenafil (comprimido de 50 mg, en general) es una de las posibles alternativas. En este estudio, madrileño, se sigue a 33 pacientes tratados que tomaron, al menos, 4 comprimidos. El resultado es excelente, tanto respecto a la erección como al encuentro sexual global, pues 20 pacientes dejaron de tener disfunción eréctil y sólo en 5 no hubo mejoría. Se entrevistó a 23 parejas (mujeres) de las que 20 refirieron "aumento subjetivo del grado de satisfacción sexual".

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-2.618 *Telephone prescribing of antibiotics. General practitioners' views and reflections*

(Los médicos generales ingleses prescriben antibióticos por teléfono, con disgusto)

Autores: Björnsdóttir I, Holme E

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Public Health 2001; 11: 260-263

Calificación: Bueno

Comentario: Los antibióticos se prescriben mal en general, y peor si se hace por teléfono (encuentro indirecto, sin ver al paciente). En este trabajo se entrevista en profundidad a 10 médicos generales ingleses, para saber las razones de la prescripción de antibióticos por teléfono. Los médicos aducen que conocen bien a los pacientes, que les advierten para no requerir antibióticos, y que las distancias son a veces enormes para pedirle al paciente que venga. En general, los médicos se sienten incómodos con este tipo de prescripción. En muchos casos no se establece un diagnóstico.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-2.619 *GP income in relation to workload in deprived areas in the Netherlands. Before and after the 1996 pay review*

(Efecto positivo del pago por captación "ponderado")

Autores: Verheij R, Bakker DH, Reijneveld SA

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Public Health 2001; 11: 264-266

Calificación: Excelente

Comentario: El pago por capitación favorece a los que tienen grandes cupos de pacientes jóvenes y sanos. Para evitarlo, en los Países Bajos se introdujo en 1996 un incentivo que prima la capitación de pacientes de más de 65 años, y de zonas pobres; respectivamente, añade 8,44 y 5,62 euros a los 56,25 de todo paciente (los pacientes con seguro privado se cobran a 15,9 la consulta y 23,86 euros la visita a domicilio). Los autores analizan el impacto de esta decisión, mediante encuesta postal y demuestran que los que trabajan con ancianos y pobres han aumentado el 17% los ingresos brutos por semana de 47 horas.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-2.620 *Socioeconomic differences in use of medical care and antibiotics among schoolchildren in Sweden*

(Los chicos del medio rural sueco utilizan poco los recursos sanitarios)

Autores: Hjertn A, Haglund B, Rosén M

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Public Health 2001; 11: 280-283

Calificación: Bueno

Comentario: La desigualdad en salud depende sólo parcialmente de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Los autores, suecos, estudian una encuesta nacional de salud para analizar esta última desigualdad en chicos de 6 a 15 años. Los resultados son alentadores, pues demuestran que es posible lograr cierto grado de equidad. De hecho, la diferencia más llamativa es la que afecta al medio rural, pues los niños tienen allí menos contactos con los médicos (y menos uso de antibióticos), quizá por la falta de médicos, pues tienen peor salud (12'7% enfermedades crónicas frente al 9% en las grandes ciudades).

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-2.621 *Prescripción racional y reducción de costes en el tratamiento de la hipertensión arterial: un ejercicio de simulación*

Autores: Bonet A, Gosalbes V, Fito M, Navarro J

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2001; 15: 327-335

Calificación: Excelente

Comentario: Cantidad y calidad son conceptos diferentes, a veces opuestos, a veces complementarios. En el caso del coste del tratamiento de los pacientes hipertensos, son opuestos: a mayor gasto, menor calidad. Lo demuestran los autores, valencianos, al analizar la prescripción para hipertensos en un centro de salud. Estudian 313 pacientes y demuestran que el perfil de prescripción es horrible y carísimo (12 millones y medio por año), y que si se mejora su calidad baja a 5 millones (y a 2 millones, si además se busca lo más barato). Es decir, se puede reducir el gato a la sexta parte al aumentar la calidad.

Referencias bibliográficas: 44

Revisor: JG

S-2.622 *Measuring the efficiency of health systems. The World Health Report sets the agenda, but there's still a long way to go*

(La medición de la eficiencia de los sistemas sanitarios por la OMS)

Autores: McKee M

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001; 323: 295-296

Calificación: Bueno

Comentario: Este editorial permite valorar el trabajo de la OMS sobre la eficiencia de los sistemas sanitarios, tanto respecto al informe de 2000, como al artículo que se comenta a continuación. El informe fue muy favorable a Francia (primer clasificado), a Andorra y a España, entre otros. Ha sido criticado de mil maneras. Pero tiene la virtud, que destaca el editorialista, de asignar un producto definido al sistema sanitario. Lo demás puede ser cierto o falso, dada la falta de información, y la falta de homogenización de la información disponible.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: MPF

S-2.623 *Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis*

(El gasto en salud, el sistema sanitario y la salud de los países)

Autores: Evans DB, Tandon A, Murray CJL, Lauer JA

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001; 323: 307-310

Calificación: Bueno

Comentario: En este trabajo vuelve a quedar España excelentemente bien, en el sexto lugar, inmediatamente antes de Andorra. Por delante quedan Omán, Malta, Italia, Francia y San Marino. Es decir, el pelotón de los aventajados está formado por países mediterráneos. Los autores, de la OMS, utilizan como medida de salud los años de vida con salud (unos 7/10 años de vida sin salud en los países desarrollados, y más de 20 en los pobres), y corrigen los resultados por educación, y gasto en salud. A más gasto más salud, pero no es sólo el gasto. Los resultados son criticables, pues los datos de la OMS dejan mucho que desear, pero al menos confirman que la salud es buena en España, pese al sistema sanitario (o gracias a él, dirá el político optimista).

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: MPF

S-2.624 *Golpistas en los medios de comunicación*

Autores: Semir V

Revista/Año/Vol./Págs.: *Quark* 2001; 20: 4-6

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: El Observatorio de la Comunicación Científica, de la Universidad Pompeu Fabra, publica una excelente revista, *Quark*, que se puede pedir a observatori@grup.upf.es. El editorial del número 20 (sobre genes y divulgación científica) se dedica a la influencia de los medios de comunicación en la creación de falsas expectativas, en la confusión entre avance científico y ciencia ficción. Firma el editorial el director de la revista, quien comenta un artículo del alemán Enzensberger, sobre dicha cuestión. Es algo que nos toca de cerca, con los pacientes enloquecidos con las promesas milagrosas que transmiten la televisión, la radio y los periódicos.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: MPF

S-2.625 *Gerencia de atención primaria de Cartagena como Fundación Pública Sanitaria. ¿Mito o realidad?*

(Un estudio sobre una posibilidad)

Autores: Piñana A, Alonso C, García-Bravo AL, Vicente JC, Piñana JA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Centro Salud* 2001; 9: 426-433

Calificación: *Bueno*

Comentario: Este trabajo sirve para dejar claro que hay opciones a la reforma socialista. Las "fundaciones públicas sanitarias" no tienen nada que ver con las fundaciones del PP (Verín, Alcorcón y Manacor). Los autores dejan bien claro este asunto antes de pasar a considerar que la transformación de una gerencia de atención primaria en una fundación pública sanitaria puede ser una buena alternativa para lograr que los profesionales sanitarios se impliquen en transformar la "caja negra" de la consulta con implantación de criterios de calidad y de servicio al paciente.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: MPF

S-2.626 *Neumonías adquiridas en la comunidad seguidas de forma ambulatoria*

Autores: Losa JE

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 79

Calificación: *Bueno*

Comentario: Carta recordatoria de la etiología más frecuente de las neumonías adquiridas en la comunidad: el neumococo, independientemente del ámbito de que se trate, de la edad del paciente, su comorbilidad o la gravedad de la neumonía. Se cita un metaanálisis en el que se revisaron 122 artículos sobre el tema, en el que el 63% de los 7.063 casos estudiados en los que se estableció el diagnóstico etiológico fue por neumococo. Importante tener en cuenta a la hora de tratar de forma empírica una neumonía en atención primaria.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: MARL

S-2.627 *Consentimiento informado*

Autores: Simón P y Júdez J, para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 99-106

Calificación: *Bueno*

Comentario: Artículo de la sección de Bioética para Clínicos en el que se aborda el tema del consentimiento informado (CI), partiendo de casos concretos como la realización de litotricia, la aparición de diarrea tras el tratamiento de gota, o la indicación de histerectomía-anexectomía a una paciente a la que se la da una fotocopia borrosa e ininteligible a firmar, sin otra explicación, para consentirlo. Se analizan los problemas éticos de los diferentes casos, el marco jurídico y deontológico del CI y otros aspectos de forma clara y práctica, haciendo recomendaciones para la elaboración de formularios escritos de CI (sencillez, claridad, breves, frases cortas, etc.).

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: MARL

S-2.628 *Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección de códigos de diagnóstico válidos para España*

Autores: Caminal J, Mundet X, Ponsá JA, Sánchez E, Casanova C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2000; 15 (2): 128-141

Calificación: *Bueno*

Comentario: Las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions* miden las hospitalizaciones potencialmente evitables mediante los cuidados de atención primaria. A partir de 87 códigos de diagnóstico, mediante un grupo Delphi, se seleccionaron 35, entre las que se incluyen infecciones (tétanos, difteria, sífilis congénita, tbc, etc.), algunas complicaciones diabéticas, alteraciones del metabolismo hidroelectrolítico, complicaciones hipertensivas, úlceras pépticas sangrantes o apendicitis perforada. Indicadores de mal resultado que pueden informar de la calidad de la atención primaria.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: MARL

S-2.629 *Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades*

Autores: Casado D

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2000; 15: 154-163

Calificación: *Bueno*

Comentario: A menudo se achacan los aumentos del gasto sanitario al envejecimiento. El autor de este artículo concluye que no es así, y que el incremento del gasto sanitario se debe más a factores no demográficos, como son la intensidad de la atención, el coste de los tratamientos o el desarrollo de nuevas tecnologías médicas. Factores socialmente controlables, a diferencia del envejecimiento. Pero, ¿hay interés en achacar el mayor gasto sólo al envejecimiento? ¿Qué es lo que realmente se consigue con ese mayor gasto? ¿Son los nuevos tratamiento coste-efectivos?

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: MARL

S-2.630 *A prognostic index for 30 day mortality after stroke*

(Mortalidad tras un ictus: escala pronóstica)

Autores: Wang Y, Lim LL, Levi C, Heller RF, Fischer J
Revista/Año/Vol./Págs.: J Clin Epidemiol 2001; 54: 766-773

Calificación: Bueno

Comentario: Nuestros pacientes tienen ictus, y a veces mueren. ¿Qué casos tienen mal pronóstico? Los autores, australianos, estudian a 233 pacientes ingresados, deducen las variables que se asocian a mortalidad a los 30 días, y lo aplican a otros 217 pacientes. Lo importante es: a) el grado de conciencia (5 puntos); b) la presencia de disfagia (3 puntos); c) la incontinencia urinaria (4 puntos); d) temperatura de más de 36,5 °C (2 puntos), y e) hiperglicemia sin diabetes (2 puntos). Todo lo demás como hipertensión, antecedentes de ictus transitorio y otros indicadores tienen menos importancia. El valor predictivo positivo es del 68%.

Referencias bibliográficas: 50

Revisor: JG

S-2.631 *Validación de un protocolo telefónico para cardiopatía isquémica en emergencias sanitarias*

Autores: Martín C, Navarro P, Jiménez G, Caraballo R, Martín J
Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 15-21

Calificación: Bueno

Comentario: En Andalucía el "061" lo lleva una empresa (pública), lo que está preparando el paso a su privatización. Pero, con independencia de su propiedad y gestión, los autores se preguntan si pueden mejorar la asignación de la UVI móvil ante un cuadro de dolor torácico. Analizan muy diversas variables, y se quedan con las que se asocian a infarto (obtienen datos de 736 llamadas, y de sus informes hospitalarios): a) antecedentes de isquemia coronaria; b) más de 40 años; c) sexo masculino; d) dolor irradiado a brazo izquierdo; e) presencia de signos vegetativos, y f) disminución del dolor torácico tras administración de nitritos.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-2.632 *Importancia de la información sobre medicamentos: sentencia del Tribunal Supremo 326/2001*

Autores: Fernández Llimós F
Revista/Año/Vol./Págs.: Pharm Care Esp 2001; 3: 309-312

Calificación: Informativo

Comentario: El Tribunal Supremo ha condenado a un pediatra que dejó coja a una niña por cuatro inyecciones de ampicilina con lidocaína y encalptol (lesión del ciático). El autor, farmacéutico, deja claro que no se utilizó en la condena la información relevante y oficial, la de la ficha técnica, lo que es absurdo. La ficha técnica se aprueba antes de la comercialización del medicamento y si hay errores o fallos en dicha ficha es responsable la Administración. En fin, hay pocos médicos que manejen la información de las fichas técnicas. ¿No haría más sabios el hecho de utilizarlas?

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-2.633 *Biomechanical and psychological risk factors for low back pain at work*

(Los factores biomecánicos son más importantes que los psicosociales en el dolor de espalda)

Autores: Kerr MS, Frank JW, Shannon HS, Norman RWK, Wells RP, Neumann WP, Bombardier C et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Public Health 2001; 91: 1069-1075

Calificación: Bueno

Comentario: Se sabe poco acerca del dolor de espalda, excepto que es muy frecuente e invalidante. En este trabajo, canadiense, se estudiaron obreros de la industria automovilística que tenían lumbalgia (nuevos casos), en total 137, que se compararon con 179 obreros sanos, y con 65 trabajadores que ejecutaban exactamente el mismo trabajo que algunos de los casos. Entre otras cosas, se analizó el esfuerzo físico en el puesto de trabajo con mucho detalle. Dicho esfuerzo, especialmente el que conlleva compresión de los discos lumbares, se asocia a la lumbalgia.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG

S-2.634 *Perspectives on the pharmaceutical industry*

(Una reflexión sobre el mercado farmacéutico)

Autores: Reinhardt UE

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs 2001; 20: 136-149

Calificación: Bueno

Comentario: En EE.UU. hay graves problemas para financiar los medicamentos, que no suelen estar cubiertos por los seguros, o lo son parcialmente. El autor, de la Universidad de Princeton, hace un análisis muy interesante de la industria farmacéutica estadounidense y del mercado de los medicamentos. Destaca que la industria con buena investigación tiene unos costes fijos altísimos y unos costes variables muy bajos, lo que explica que maneje precios diferentes según el comprador (hospital, aseguradora, paciente, etc.), cosa que también hacen, por ejemplo, las compañías aeronáuticas.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-2.635 *Putting the search for genes in perspective*

(La genética es sólo parte del problema)

Autores: Holtzman NA

Revista/Año/Vol./Págs.: Internat J Health Services 2001; 31: 445-461

Calificación: Excelente

Comentario: Están volviendo locos a los profesionales y a los pacientes con la genética y sus posibilidades. Desde el "gen de la gordura" al "gen de la locura". El autor, de la Universidad Johns Hopkins, en EE.UU., hace una revisión de las cuestiones en torno a las expectativas del Proyecto Genoma, y deja las cosas en su sitio. Basta recordar las bases elementales de la genética mendeliana para atemperar tanto entusiasmo, pues la penetrancia de los genes y la susceptibilidad de los genotipos son cuestiones mal entendidas. En las enfermedades frecuentes, como la obesidad o la hipertensión, la interacción de múltiples genes con el ambiente es lo que lleva al desarrollo patológico.

Referencias bibliográficas: 51

Revisor: JG

S-2.636 *Improving equity in health: a research agenda*

(Para lograr equidad en salud se necesita disminuir la desigualdad económica y mejorar la atención primaria)

Autores: Starfield B

Revista/Año/Vol./Págs.: *Internat J Health Services* 2001; 31: 545-566

Calificación: Muy bueno

Comentario: Hay mucha bibliografía sobre desigualdad en salud y en atención sanitaria, pero los resultados han influido poco en las políticas de salud. La autora hace una propuesta rigurosa de contenidos y definiciones que faciliten el trabajo en este campo. El texto es fundamentalmente teórico, pero en su último apartado presenta datos muy interesantes acerca de la eficacia de un sistema sanitario basado en la atención primaria para lograr equidad en salud. Lo importante no es el sistema sanitario ni el número de médicos, sino una organización que asegure la prestación de los servicios básicos a toda la población; es decir, un sistema basado en la atención primaria.

Referencias bibliográficas: 50

Revisor: JG

S-2.637 *Is German long-term care insurance a model for the United States?*

(El modelo alemán de atención a crónicos sería ideal en EE.UU.)

Autores: Schunk MV, Estes CL

Revista/Año/Vol./Págs.: *Internat J Health Services* 2001; 31: 617-634

Calificación: Informativo

Comentario: En Alemania han introducido, en 1995, un programa global de ayuda a los pacientes crónicos, fundamental para la atención de los ancianos. Los empresarios se opusieron, pues depende en gran parte de la Seguridad Social, pero lo aceptaron a cambio de eliminar un día al año de fiesta. Se ofrece cuidado al paciente crónico según sus necesidades, con el objetivo de mantenerlo en casa tanto tiempo como se pueda. Incluye el pago de gastos a la familia. Con algunos defectos, como la dependencia de la Seguridad Social, el programa sería algo increíble en EE.UU., donde los pacientes crónicos reciben cuidados de la beneficencia, o del seguro de los ancianos.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-2.638 *Reexamining the evidence of an ecological association between income inequality and health*

(La asociación entre desigualdad económica y desigualdad en salud es muy dudosa)

Autores: Mellor JM, Milyo J

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Health Politics Policy Law* 2001; 26: 487-520

Calificación: Bueno

Comentario: La desigualdad en salud tiene orígenes varios, y entre los que más destacan se encuentra la desigualdad económica. Parece que los países en que hay menor desigualdad en la riqueza obtienen mejores resultados en salud. Los autores se enfrentan a esta hipótesis, de la que dudan, y lo hacen con datos de 30 países, a lo largo de 40 años, y de 48 estados de EE.UU., durante 50 años. Se molestan en controlar por variables como educación y otras, y encuentran sólo una asociación entre desigualdad económica y mala salud en lo que respecta a suicidios y homicidios.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-2.639 *Continuity of care: going out of style?*

(Amenazas a la continuidad de cuidados)

Autores: Hjortdahl P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2001; 51: 699-700

Calificación: Bueno

Comentario: No tenemos una definición del trabajo del médico general que permita transformar instrumentos y procesos en resultados sanitarios. La discusión sobre la continuidad de cuidados es de difícil solución. En este editorial se comenta un trabajo inglés (S-2.640) en el que un tercio de los pacientes no valoran en mucho la continuidad de cuidados, especialmente para enfermedades leves o agudas. En opinión del editorialista, se necesitan estudios longitudinales acerca de los beneficios de la continuidad, así como análisis que tengan en cuenta el punto de vista de los pacientes. La continuidad ayuda al médico, le facilita el trabajo y le ayuda a tener satisfacción con él mismo, pero se necesita que los pacientes lo vean también como algo muy importante.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-2.640 *An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice*

(La continuidad es importante para los problemas importantes, en una encuesta postal, en el Reino Unido)

Autores: Kearley KE, Freeman GK, Heath A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2001; 51: 712-718

Calificación: Bueno

Comentario: Lo importante de la continuidad es que facilite el trabajo del médico general y, como consecuencia, que mejore la salud del paciente. En este trabajo se encuesta por correo a 1.800 pacientes y a 365 médicos generales, acerca de la importancia de la continuidad. Como era de esperar, los pacientes y profesionales aspiran a conseguir continuidad, y lo logran si se les facilita en la administración del centro de salud. Especialmente valorada es la continuidad para problemas graves, como cuidados terminales, problemas familiares o psicosis; en otros casos es menos importante, como para el consejo anticonceptivo o la tos/catarro.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-2.641 *Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR)*

Autores: Álvarez de Toledo F, Arcos P, Eyaralar T, Abad F, Dago A, Cabiedes L, Sánchez I et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 375-388

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los farmacéuticos de oficina de farmacia se rebautilizan como farmacéuticos comunitarios, y una rama de ellos como "farmacéuticos atentos", pues están empezando a trabajar con el modelo de atención farmacéutica. En este trabajo se pone a prueba la nueva metodología, y obtiene sobresaliente. Los pacientes a los que los farmacéuticos ofrecen seguimiento ingresan menos tras el alta por infarto, van menos a urgencias coronarias y si los ingresan están menos días en la UCI. Es hora, pues, de mostrar interés científico por esta nueva forma de trabajo, que puede ofrecer mucho, y bueno, a nuestros pacientes.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG